

# Epidemiologie des problematischen und pathologischen Glücksspiels – Möglichkeiten und Grenzen der Erhebung

Ergebnisbericht

---

Im Auftrag des Bundesministeriums für Finanzen



# Epidemiologie des problematischen und pathologischen Glücksspiels – Möglichkeiten und Grenzen der Erhebung

Ergebnisbericht

Autorin/Autoren:

Alexandra Puhm

Martin Busch

Alfred Uhl

Projektassistenz:

Monika Löbau

Wien, im Juni 2018

Im Auftrag des Bundesministeriums für Finanzen



Zitiervorschlag: Puhm, Alexandra; Busch, Martin; Uhl, Alfred (2018): Epidemiologie des problematischen und pathologischen Glücksspiels – Grenzen und Möglichkeiten der Erhebung. Gesundheit Österreich GmbH, Wien

Zl. P7/11/47574

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,  
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: [www.goeg.at](http://www.goeg.at)

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.



# Kurzfassung

## Entwurf eines Monitoringsystems

Aussagen darüber, wie viel Prozent der österreichischen Bevölkerung problematisch oder pathologisch Glücksspielen nachgehen (Prävalenz) und detaillierte Angaben zu relevanten Charakteristika und Bedürfnissen betroffener Personen können aufgrund der aktuellen Datenlage nur mit Vorsicht und ungenau getroffen werden. Längerfristig wird in Österreich allerdings ein **systematisches Glücksspielmonitoring** angestrebt, das durch die **Zusammenschau verschiedener Daten** aus unterschiedlichen Datenquellen ein möglichst klares und verständliches Bild der Problemlage gewährleisten soll. Veränderungen sollen beobachtbar gemacht werden, womit eine Grundlage für eine systematische Evaluation von Spielerschutzmaßnahmen geschaffen werden soll. Dieser methodische Zugang bewährt sich seit mehreren Jahren im Bereich der illegalen Drogen und erlaubt es dort, recht fundierte und detaillierte Aussagen zur Epidemiologie des risikoreichen Drogenkonsums zu formulieren.

Ziel dieser Studie war die **Erarbeitung von Grundlagen**, die für den Aufbau eines fundierten epidemiologischen Monitorings im Bereich Glücksspiel und Glücksspielsucht erforderlich sind. Dabei wurden Schlüsselindikatoren definiert, vorhandene glücksspielrelevante Datenquellen in Österreich identifiziert, methodische Herangehensweisen im Zusammenhang mit unterschiedlichen Zugängen und deren Herausforderungen dargestellt und notwendige Rahmenbedingungen für ein möglichst verlässliches Monitoring in diesem Bereich festgelegt. Darauf aufbauend wurden Empfehlungen für die praktische Umsetzung eines regelmäßigen Glücksspielmonitorings abgeleitet. Die Annäherung an die Zielsetzungen erfolgte auf Basis einer (Literatur-)Recherche wissenschaftlicher Fachpublikationen, frei zugänglicher Forschungsberichte (graue Literatur) und behördlicher Berichte sowie über die Kontaktierung von Experten/Expertinnen mit entsprechender Expertise.

Die von der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) formulierten **Schlüsselindikatoren** zur Beschreibung **der Situation der illegalen Drogen und Drogensucht** können mit gewissen Einschränkungen grundsätzlich auch auf den Bereich des Glücksspiels angewandt werden.

Ein Blick in andere Länder zeigt, dass Glücksspielmonitoring unterschiedliche Bereiche umfassen kann, wobei meist ein Monitoring **des Glücksspielverhaltens**, **des Glücksspielangebots** und **des Versorgungsangebots** für problematische sowie pathologische Spieler und Spielerinnen erfolgt. Primäre **Datenquellen** dafür sind **Bevölkerungsbefragungen**, **Behandlungsdaten** und **Daten der Glücksspielindustrie**, wobei die Rolle der Glücksspielindustrie im Glücksspielmonitoring bzw. im Zusammenhang mit Forschung recht kontrovers diskutiert wird. Einige Herausforderungen sind unterschiedlichen nationalen Rahmenbedingungen und Rechtsprechungen geschuldet, während andere länderübergreifend bestehen.

Die **Prävalenz der Teilnahme an Glücksspielen** bzw. die **Prävalenz problematischen/pathologischen Glücksspiels** stellt einen wichtigen Indikator dar und wird zumeist mittels Bevölkerungsbe-

fragungen erhoben. Bei Spielsüchtigen handelt es sich, wie auch bei der Gruppe der Drogenabhängigen, um eine „Hidden Population“, weshalb auch im Bereich des Glücksspiels alternative Methoden zur Prävalenzschätzung wie z. B. Multiplier-Ansätze eine sinnvolle Ergänzung von Bevölkerungsbefragungen sein können. Zur Beschreibung von Entwicklungen und Trends im Bereich des problematischen Umgangs mit Glücksspielen sind die Prävalenzstudien bzw. -schätzungen, basierend auf Repräsentativerhebungen, aufgrund verschiedener methodischer Probleme nur bedingt geeignet, weil auch relevante Veränderung sich kurzfristig nicht stark auf die Prävalenz auswirkt und die Genauigkeit der Ergebnisse nicht ausreicht, um kleine Veränderungen objektivieren zu können. Glücksspiel wird in den kommenden Repräsentativerhebungen über Substanzkonsum, die in regelmäßigen Abständen stattfinden, aber trotzdem einen wichtigeren Stellenwert einnehmen als bisher.

Eine weitere zentrale Datenquelle für die Erfassung des problematischen bzw. pathologischen Glücksspiels stellen **Behandlungsdaten** dar. Die Einrichtungen, die für die Versorgung Spielsüchtiger zuständig sind, dokumentieren ihre Klientel mehr oder weniger genau. Weil die Dokumentation nicht österreichweit abgestimmt ist, verfügen Einrichtungen zwar über Daten, aber da die erhobenen Items, deren Formulierung und Verwendungszweck nicht einheitlich sind, wird ein systematischer Überblick über die Gesamtsituation der pathologischen Spieler und Spielerinnen in Behandlung erschwert.

Das im Bereich der illegalen Drogen bewährte Dokumentationssystem **DOKLI**, das eine **einheitliche Erfassung der Behandlungsdaten** gewährleistet, könnte theoretisch auch **um den Bereich Glücksspiel erweitert werden**. Das würde die systematische Erfassung von Behandlungsdaten im Glücksspielbereich erleichtern. Dafür wäre allerdings in Analogie zu den illegalen Drogen die Schaffung einer entsprechenden gesetzlichen Grundlage günstig, was aber nicht einfach umsetzbar ist, weil Glücksspiel, sofern es nicht zu illegalen Aktivitäten führt, im Gegensatz zum Konsum illegalisierter Drogen nicht verboten ist und da die Finanzierung des Angebots teilweise anders zustande kommt. Wer ein Angebot finanziert, kann am leichtesten konkrete Regeln und Bedingungen an die Gewährung der Finanzierung knüpfen und nachdrücklich auf einheitlichen Standards bestehen.

Einen Überblick über **Glücksspielangebote** eines Landes bieten häufig auch wirtschaftliche Kennzahlen der Glücksspielunternehmen oder der Finanzbehörden wie Spielerträge, Steuerleistungen oder Abgaben. Auch Kennzahlen verfügbarer Glücksspielangebote wie die Anzahl der Spielstätten oder der Glücksspielautomaten (GSA) bzw. Spieltische sind hier relevant. Wie sich zusehends herausstellt, gewinnt der Onlineglücksspielmarkt unter (problematischen bzw. pathologischen) Spielern und Spielerinnen zunehmend an Bedeutung. Hier fehlt bisher allerdings eine einheitliche Methode zur Erfassung. Die Beschreibung des terrestrischen Glücksspielangebots eines Landes dient unter anderem dazu, die Verfügbarkeit bestimmter Angebote mit dem Auftreten problematischen Glücksspielverhaltens in Beziehung zu setzen, wobei es unterschiedliche Auffassungen über die Art der Zusammenhänge zwischen Angebot und Glücksspielverhalten gibt.

Eine aus Sicht der Forschung verhältnismäßig neue Methode ist die **systematische Analyse des Spielerverhaltens auf Basis von Spielerkonten**. In den Spielstätten können damit frühe Hinweise auf problematisches Glücksspielverhalten entdeckt werden, und auf Basis individueller Spielverläufe ist es möglich, Responsible-Gaming-Maßnahmen zu setzen. Für die Glücksspielforschung hat



diese Methode den Vorteil, dass manche methodischen Schwächen der herkömmlichen Glücksspielforschung wie Probleme bei der Stichprobenziehung oder systematische Antwortverzerrungen vermieden werden können. Eine **Kombination mit anderen methodischen Zugängen** ist jedoch sinnvoll, um die Nachteile dieser Methodik, etwa das Fehlen kontextueller Faktoren, zu überwinden.

In Österreich werden aktuell die Daten legal aufgestellter Glücksspielautomaten an die Behörde weitergeleitet. Diese Daten wurden bisher noch nie für wissenschaftliche Zwecke zur Verfügung gestellt oder ausgewertet. Nicht nur im Sinne eines möglichst umfassenden Spielerschutzes, sondern auch um evidenzgestützte Maßnahmen zur Prävention und Behandlung des pathologischen Glücksspiels zu entwickeln, ist es wünschenswert, diese **Daten der wissenschaftlichen Forschung zugänglich** zu machen. Um in dieser schwierigen Materie Rechtssicherheit zu schaffen, wäre allerdings eine präzise gesetzliche Festlegung der Rahmenbedingungen erforderlich.

**Zur detaillierteren Beschreibung von (problematischen/pathologischen) Spieler/-innen** haben sich verschiedene Aspekte etabliert. Bei einigen soziodemografischen Merkmalen wie Bildungsstand, Familienstand oder Einkommen ist es in der Regel nicht möglich, Aussagen über die Richtung der Zusammenhänge zu treffen, d. h. darüber, ob bestimmte Ausprägungen dieser Merkmale die Entstehung einer Spielsucht fördern, ob diese Folgen der Spielsucht sind oder ob diese nur scheinbar zusammenhängen (über eine gemeinsame Drittvariable). Im Beratungs- und Behandlungssetting dienen diese Merkmale oft zur Beschreibung der Klientel einer Einrichtung. Ob bestimmte Merkmale der Klientel in dieser über- oder unterdurchschnittlich oft vorkommen, kann man allerdings nur feststellen, wenn es dazu Referenzwerte aus der Gesamtbevölkerung gibt, die sich für einen indirekt standardisierten Vergleich anbieten. Das bedeutet, dass man zur untersuchten Stichprobe eine Referenzstichprobe bildet, die einerseits die Verhältnisse der relevanten Bevölkerung widerspiegelt und gleichzeitig so gewichtet ist, dass sie sich bezüglich Alters- und Geschlechterverteilung nicht von der untersuchten Stichprobe unterscheidet. In diesem Sinn ist es zweckmäßig, demografische Merkmale genau mit jenen Kategorien abzufragen, mit denen diese auch von offiziellen statistischen Institutionen erhoben werden.

Welche **unterschiedlichen Spielformen** in der Allgemeinbevölkerung bzw. bei problematischen/pathologischen Spielern und Spielerinnen besonders oft vorkommen, ist von großem Interesse, um besonders problematische Spielformen zu identifizieren bzw. Auswirkungen von Änderungen auf gesetzlicher Ebene bzw. der Angebotslage auf Problembereiche zu beschreiben. Die entsprechenden Daten können mittels **Befragungen der Allgemeinbevölkerung** und **klinischer Populationen** erhoben werden, und wenn diese vorliegen, können auch **Daten von Glücksspielunternehmen** für diese Zwecke nützlich sein. Hier ist man generell mit der Herausforderung konfrontiert, dass es nicht leicht ist, relevante Kategorien eindeutig und auch für befragte Laien und Laiinnen verständlich zu definieren, die Darstellung zeitlicher Trends ist aufgrund von Änderungen in den jeweiligen Spielangeboten erschwert, und unterschiedliche Angebote auf nationaler Ebene erschweren länderübergreifende Vergleiche.

Zu den prägnantesten Auswirkungen des problematischen/pathologischen Glücksspiels auf die Spieler/-innen und ihre Familien gehören **finanzielle Folgen**. Deshalb werden im Zuge des Glücksspielmonitorings häufig Merkmale wie die **Gesamtausgaben für Glücksspiel**, die dadurch entste-

hende **Verschuldung** bzw. **glücksspielbezogene Straftaten** erhoben. Werden die primär durch Angaben der Spieler/-innen gewonnenen Daten für wissenschaftliche Zwecke und nicht nur auf Ebene der Einrichtung, zur Arbeit mit den Klienten und Klientinnen und zur Darstellung der Klientel verwendet, muss berücksichtigt werden, dass die Aussagekraft dieser Angaben durch unterschiedliche Einflüsse wie kognitive Verzerrungen und Erinnerungsfehler eingeschränkt sein kann. Daher müssen besonders die zugrunde liegenden Definitionen, die Formulierungen der Fragen und die abgefragten Zeiträume genau präzisiert werden. Bei den Ausgaben für Glücksspiel kann die Aussagekraft der Berichte der Spieler und Spielerinnen durch die **Zusammenschau mit Daten von Glücksspielanbietern** verbessert werden. Zur Bestimmung glücksspielbezogener Straftaten sind neben Selbstangaben im Rahmen von Bevölkerungsbefragungen oder in Behandlungseinrichtungen grundsätzlich auch Daten der Exekutive und Justiz denkbar. Da diese meist nicht in einfach auswertbarer Form vorliegen, ergibt sich bei Aktenanalysen ein hoher Aufwand, weswegen diese Daten nur bedingt für Routineerhebungen geeignet sind.

Sperrungen und Spielbeschränkungen stellen eine weitverbreitete und effektive Spielerschutzmaßnahme dar, die grundsätzlich allen Spielteilnehmern und -teilnehmerinnen zur Verfügung stehen. Da ein hoher Anteil an Selbstsperrungen durch problematische/pathologische Spieler und Spielerinnen in Anspruch genommen wird, dienen **Sperrungen** häufig als **Hinweis auf problematisches/pathologisches Glücksspiel**. Mit Auswertungen von Sperrdaten von Glücksspielanbietern können manche methodischen Schwächen der Selbstangaben von Spielern und Spielerinnen überwunden werden. Einschränkend muss allerdings festgehalten werden, dass von Sperrdaten nicht direkt auf die Zahl der Personen mit Spielproblemen geschlossen werden kann, da nur ein gewisser Teil der Spielsüchtigen gesperrt ist und da teilweise auch Personen gesperrt sind, die nicht spielsüchtig sind. Diese Zahlen könnten aber ohne Frage als nützliche Datengrundlage für indirekte Schätzverfahren (Multiplier-Ansatz) dienen, um die Zahl der pathologischen Spieler/Spielerinnen abschätzen zu können. Voraussetzung für sinnvolle Schätzungen ist allerdings ein anbieterübergreifender Sperrverbund inklusive zentraler Datenerfassung, der in Österreich zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht existiert, aber geplant ist.

### **Beschreibung des problematischen bzw. pathologischen Glücksspiels anhand vorhandener Daten**

Um das aktuelle **Glücksspielverhalten der österreichischen Wohnbevölkerung** und das Glücksspielangebot in Österreich beschreiben zu können, wurden im Zuge dieser Untersuchung unterschiedliche Datenquellen exemplarisch ausgewertet. Zusätzlich zu **Repräsentativerhebungen** stehen **Behandlungsdaten** aus unterschiedlichen Beratungs- und Behandlungseinrichtungen und die Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten (DLA) zur Verfügung.

Die **Prävalenz des Glücksspiels in der Allgemeinbevölkerung** betreffend zeigt sich, dass laut Repräsentativerhebung ca. 27 Prozent der österreichischen Bevölkerung monatlich und weitere 41 Prozent zumindest einmal im letzten Jahr an Glücksspielen teilgenommen haben. Berücksichtigt man auch Sportwetten, so zeigt die *Bevölkerungserhebung zu Substanzkonsum* (Strizek/Uhl 2016) eine 30-Tages-Prävalenz von ca. 36 Prozent und eine 12-Monats-Prävalenz von 56 Prozent. Ca. 1,1 Prozent der österreichischen Bevölkerung weisen problematisches oder pathologisches Spielverhalten auf (Kalke et al. 2011; Kalke/Wurst 2015).

Die **Inanspruchnahme von Beratungs- und Behandlungsangeboten durch Spieler/-innen** ist ein wichtiges Merkmal im Rahmen des Glücksspielmonitorings. Sowohl bei den stationären als auch den ambulanten Angeboten zeigte sich in den letzten Jahren ein **Rückgang der Inanspruchnahme**. Bei den **stationären Aufnahmen** ergab sich **österreichweit** nach einem kontinuierlichen Anstieg der stationären Behandlungen wegen der Diagnose „Pathologisches Spielen“ in den Jahren 2002 bis 2012 ab 2013 wieder ein **Rückgang der Aufnahmen**. Die Trends verlaufen in den Bundesländern allerdings sehr unterschiedlich, wobei die Unterschiede aufgrund der geringen Fallzahlen in bevölkerungsärmeren Bundesländern nicht überinterpretiert werden sollten. Dieser **Rückgang** findet sich auch **im ambulanten Setting**, sowohl in den steirischen Beratungs- und Behandlungseinrichtungen als auch in der Spielsuchthilfe Wien ab den Jahren 2014/2015.

Diese Zahlen spiegeln primär die Inanspruchnahme der Versorgungsangebote wider, die unter anderem durch die unterschiedliche Sensibilisierung für das Thema Glücksspiel, einen unterschiedlichen Bekanntheitsgrad der Einrichtung, deren Erreichbarkeit, veränderte Ressourcen der Einrichtung oder deren Attraktivität beeinflusst ist, und lassen daher nur bedingte Aussagen über die zeitliche Entwicklung der Verbreitung des problematischen und pathologischen Glücksspiels zu. Aussagen darüber, wieweit dieser Rückgang auf gesetzliche Änderungen wie z. B. das Verbot der Landesausspielungen in Wien zurückzuführen ist, können nur auf Basis dieser Daten nicht fundiert getroffen werden. Der Umstand, dass der besonders bei Wienern und Wienerinnen deutliche Rückgang bei den stationären Behandlungen schon seit 2012 und nicht erst nach dem Verbot 2015 stattfand, spricht eher gegen diese Interpretation.

Anhand der Behandlungsdaten aus steirischen Einrichtungen und der Spielsuchthilfe Wien kann ein **Profil der Spieler/-innen in Behandlung** gezeichnet werden. Der **Anteil der Frauen** liegt in den berücksichtigten Beratungs- und Behandlungseinrichtungen im Durchschnitt zwischen **15 und 17 Prozent**.

In den stationären und ambulanten Einrichtungen der Spielsuchthilfe sind vor allem Personen zwischen 30 und 50 Jahren vertreten, wobei die stärksten Jahrgänge bei Männern deutlich jünger sind als bei Frauen.

Der Anteil der **Personen mit Migrationshintergrund** unter den Klienten und Klientinnen in den Beratungs- und Behandlungseinrichtungen aus Wien und der Steiermark **entspricht** in etwa jenem in einer nach Alter und Geschlecht **gewichteten Referenzstichprobe** des jeweiligen Bundeslandes. Hier dürften sich der Umstand, dass problematische Spieler/-innen häufiger Personen mit Migrationshintergrund sind, und der Umstand, dass diese Zielgruppe seltener formelle Hilfe in Suchthilferichtungen in Anspruch nimmt, die Waage halten.

Spieler und Spielerinnen in Behandlung zeigen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung **niedrigere Bildungsabschlüsse**, sie weisen sowohl in Wien als auch in der Steiermark seltener einen höheren Bildungsabschluss (Matura oder Hochschule) und in der Steiermark auch häufiger maximal einen Pflichtschulabschluss auf.

**Glücksspielautomaten (GSA)** werden von den Spielern und Spielerinnen in Behandlung am häufigsten als **problematische Spielform** wahrgenommen, allerdings zeigt sich, zumindest in Wien,

eine sinkende Bedeutung von GSA und eine **Zunahme von Wetten und Onlineglücksspiel**, was vermutlich mit dem Verbot der Landesauspielungen in Wien zusammenhängt.

Hinsichtlich der negativen Auswirkungen problematischen bzw. pathologischen Umgangs mit Glücksspiel geben durchschnittlich 83 Prozent der Klienten und 78 Prozent der Klientinnen der Spielsuchthilfe Wien **Schulden** infolge ihrer Spielsucht an. Die Schuldenhöhe ist dabei sehr unterschiedlich, und zum Teil zeigt sich eine enorm hohe Verschuldung einzelner Spieler und Spielerinnen. So zeigen z. B. die Daten der Existenzsicherungsberatung in der Steiermark, dass 22 Prozent der Spieler und 13,6 Prozent der Spielerinnen Schulden von mehr als 100.000 Euro haben. Zwischen 11 und 13 Prozent der Klienten und Klientinnen in der Steiermark und bei der Spielsuchthilfe Wien haben bereits **Straftaten** begangen, um ihre Spielsucht zu finanzieren, wobei 6 Prozent der Klienten und 3 Prozent der Klientinnen der Spielsuchthilfe Wien Vorstrafen für glücksspielbezogene Straftaten aufweisen.

Die **Behandlungsdaten** der Einrichtungen stellen eine **gute Basis für ein regelmäßiges Glücksspielmonitoring** in Österreich dar. Um aus epidemiologischer Sicht sinnvolle Aussagen treffen zu können, sind allerdings einige Anpassungen notwendig, etwa in Hinsicht auf gewählte Fragenformulierungen oder die verwendeten Kategorien. Dabei sollte dort, wo es Referenzwerte gibt, versucht werden, die Kategorien so zu wählen, dass diese der Referenzstichprobe entsprechen.

## Handlungsempfehlungen

Aus den Ausführungen lassen sich **Empfehlungen in unterschiedlichen Handlungsfeldern** ableiten (Tabelle 1.1).

Tabelle 1.1:  
Empfehlungen in unterschiedlichen Handlungsfeldern

Empfehlungen bezüglich Monitoring	
Empfehlung A.1 Aufbau eines systematischen Monitorings für Glücksspiel	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Wichtig ist die genaue Ausformulierung von Indikatoren für pathologisches Glücksspielverhalten analog zu den epidemiologischen Schlüsselindikatoren im Bereich illegaler Drogen. Diese systematisieren die Datensammlung und ermöglichen ein Monitoring der Situation, um auf Basis beobachteter Veränderungen Handlungsbedarf ableiten zu können.</li> <li>» Die im Rahmen eines regelmäßigen Monitorings erhobenen Daten können die Basis für eine regelmäßige Berichterstattung über Glücksspiel bzw. problematisches/pathologisches Glücksspiel in Österreich bilden und den jährlichen erscheinenden <i>Epidemiologiebericht Sucht</i> um das Thema Spielsucht ergänzen. Zudem kann auf Basis dieser Daten die Berichtspflicht gegenüber der Europäischen Kommission erfüllt werden.</li> </ul>
Empfehlung A.2 Nutzung bereits zur Verfügung stehender Datenquellen	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Es wird empfohlen, die Umsetzung eines systematischen Monitorings des problematischen/pathologischen Glücksspiels mit dem Schlüsselindikator <i>Behandlungsdaten</i> zu beginnen, da in den Beratungs- und Behandlungseinrichtungen bereits jetzt laufend Daten erhoben werden und sich die Rahmenbedingungen daher vergleichsweise günstig gestalten.</li> <li>» Die Umsetzung der anderen Schlüsselindikatoren erfordert weitere vorbereitende Schritte, deren Umsetzung allerdings parallel in Angriff genommen werden sollte.</li> </ul>

<b>Empfehlungen bezüglich Kooperation</b>	
<p>Empfehlung B.1 systematischer Überblick über Beratungs- und Behandlungsangebote für Spieler/-innen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Es ist erstrebenswert, einen systematischen Überblick über alle Einrichtungen zu gewinnen, die Hilfe für Spieler/-innen leisten. Ein solcher ist unter anderem für die Interpretation der verfügbaren Daten aus den Beratungs- und Behandlungseinrichtungen unerlässlich. Nur so kann man beurteilen, welchen Anteil der glücksspielbezogenen Behandlungen man mit diesen Daten abdeckt.</li> <li>» In diesem Zusammenhang ist die Entwicklung von Ein- und Ausschlusskriterien für Einrichtungen vorzunehmen, die Hilfe für Spieler/-innen anbieten. Auf Basis dieser Kriterien kann eine konsistente Erweiterung des Suchthilfekompasses erfolgen.</li> </ul>
<p>Empfehlung B.2 Kontaktaufnahme mit Schlüsselpersonen in unterschiedlichen Arbeitsfeldern</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Wichtig ist die Identifikation von und aktive Kontaktaufnahme mit Personen, die in den Beratungs- und Behandlungseinrichtungen für das Thema Glücksspiel bzw. die interne Dokumentation zuständig sind. Nur so kann die Compliance der Mitarbeiter/-innen in den Einrichtungen gefördert und gute Qualität der erhobenen Daten gewährleistet werden.</li> <li>» Um eine gute Kooperationsbasis zu schaffen, ist es nötig, Informationen über den Zweck, den Nutzen und den Verwendungszweck der erhobenen Daten zu bieten. Nur wenn diese Ziele erkannt und anerkannt werden, kann ausreichende Motivation entstehen, die Datenerhebung in den Einrichtungen mit hoher Qualität sicherzustellen.</li> <li>» Wichtig ist auch die Vernetzung mit anderen Personen und Einrichtungen außerhalb des Behandlungssettings, die Daten in Bezug auf problematisches/pathologisches Glücksspiel erheben. Das betrifft primär Einrichtungen wie Schuldnerberatungsservices und Glücksspielanbieter.</li> </ul>
<p>Empfehlung B.3 Verstärkte Vernetzung von Spielsuchtexperten/-expertinnen bzw. Schlüsselpersonen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Es sollten verstärkt Maßnahmen gesetzt werden, um relevante Schlüsselpersonen im Glücksspielbereich zu vernetzen. Dies soll den Austausch untereinander fördern und ein koordiniertes Vorgehen bei der Datenerhebung erleichtern, um damit eine bessere Datenqualität zu ermöglichen.</li> <li>» Die Vernetzung der Stakeholder kann durch den Aufbau eines Netzwerks bzw. im Rahmen bereits bestehender Netzwerke erfolgen.</li> <li>» Die unterschiedlichen Bedürfnisse, Zielvorstellungen und Erwartungen der Schlüsselpersonen bzw. der Institutionen in Betreff der Datenerhebung müssen beim Netzwerkaufbau berücksichtigt werden, um unrealistische Erwartungen und Frustration zu verhindern. Nur so kann eine hinreichende Datenqualität sichergestellt werden.</li> </ul>
<p>Empfehlung B.4 Unterstützung auf behördlicher Ebene</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Die Einbeziehung relevanter Behörden und Dienste ist unbedingt erforderlich, um eine umfassende Kooperation zu gewährleisten und eine einrichtungsübergreifende systematische Dokumentation ins Leben zu rufen.</li> </ul>
<p>Empfehlung B.5 Vernetzung auf Bundesebene</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Es ist zweckmäßig, eine Struktur auf Bundesebene zu schaffen, die das Thema Glücksspiel und andere stoffungebundene Suchterkrankungen abstimmt. Dies sollte im Rahmen der geplanten übergreifenden Suchtkoordinationsstruktur erfolgen (Arbeitsgruppe Glücksspielsucht)</li> </ul>
<b>Empfehlungen bezüglich der allgemeinen Datenqualität</b>	
<p>Empfehlung C.1 Orientierung an soziodemografischen Referenzwerten</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Bei den soziodemografischen Merkmalen, die von der Statistik Austria erhoben werden, sollten die verwendeten Kategorien so gewählt werden, dass sie mit den Referenzwerten der österreichischen Bevölkerung vergleichbar sind. Durch einen Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung wird die Aussagekraft der erhobenen Daten erhöht. Sofern verfügbar, sollen auch die Core-Items der EMCDDA Beachtung finden.</li> <li>» Bei allen anderen Merkmalen sollte zwischen allen Beteiligten ein Kompromiss dahingehend gefunden werden, dass wichtige Aspekte erhoben werden, ohne das Instrument zu überladen. Ein zu umfangreiches Instrument senkt die Motivation, dieses adäquat auszufüllen, systematisch, was zulasten der Datenqualität geht.</li> </ul>

Empfehlung C.2 Flexibilität bei Kategorien	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Kategorien sollten möglichst so gewählt werden, dass antizipierbare inhaltliche Veränderungen vorweggenommen werden können.</li> <li>» Erscheinen Änderungen der Kategorien zweckmäßig, ist darauf zu achten, dass ein Maximum an Vergleichbarkeit mit den älteren Datenbeständen gewährleistet wird.</li> </ul>
<b>Empfehlungen bezüglich der Datenerhebung in Beratungs- und Behandlungseinrichtungen</b>	
Empfehlung D.1 Vereinheitlichung der Datenerhebung in Beratungs- und Behandlungseinrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Es sollte ein bundesweit einheitlicher Kerndatensatz implementiert werden, dessen Erfassung so beschaffen sein soll, dass Einrichtungen auch noch weitere Daten, die für sie von Relevanz sind, zusätzlich erheben können. Im Rahmen von DOKLI ist dieses Unterfangen für den Bereich illegale Drogen bereits Realität. Es empfiehlt sich, auf diesen Vorarbeiten aufzubauen.</li> </ul>
Empfehlung D.2 Erarbeitung von Standards für die Erhebung in Beratungs- und Behandlungseinrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Wichtig ist die Erstellung eines Leitfadens, der festlegt, wie die Befragung stattfinden soll und wie die Variablen und Kategorien zu verstehen sind. Nur so können die Vergleichbarkeit und die Interpretierbarkeit der Daten gewährleistet werden.</li> <li>» Um die Akzeptanz des Leitfadens und die anschließende Umsetzung zu fördern, ist die Einbindung von Führungskräften und für die Erhebung zuständigen Personen in den Institutionen zu empfehlen.</li> </ul>
Empfehlung D.3 Überlegungen bezüglich Anreizsysteme	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Die interne Dokumentation sollte so gestaltet sein, dass sie für die in der Einrichtung arbeitenden Personen bei der täglichen Arbeit einen unmittelbaren Nutzen hat.</li> <li>» Es sollte regelmäßige Auswertungen geben, die allen an der Dokumentation beteiligten Personen zur Verfügung gestellt werden, damit diese sehen, dass die Daten für sinnvolle Zwecke verwendet werden.</li> </ul>
Empfehlung D.4 Erhebungs- und Ermittlungsmodalitäten	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Nur eine benutzerfreundliche, einfach zu handhabende Eingabemöglichkeit und eine unkomplizierte Übertragungsmöglichkeit zur zentralen Auswertungsstelle erhält die Motivation der Beteiligten aufrecht.</li> </ul>
Empfehlung D.5 Ressourcen für die Umsetzung der Datenerhebung	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Es bedarf einer adäquaten Abschätzung der Ressourcen, die für die Erfassung der Daten erforderlich sind.</li> <li>» Es muss sichergestellt sein, dass die für die Dokumentation notwendigen Mittel auch zur Verfügung stehen.</li> </ul>
<b>Empfehlungen bezüglich Bevölkerungsbefragungen zu Glücksspiel</b>	
Empfehlung E.1 Entwicklung von Instrumenten	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Das bei Bevölkerungsbefragungen zum Einsatz kommende Instrument sollte vor der Anwendung umfassend zusammengestellt werden. Damit sollen überflüssige Fragen vermieden und sinnvolle Fragen so formuliert werden, dass diese von den Befragten durchwegs im Sinne der Entwicklerin / des Entwicklers verstanden werden.</li> </ul>
<b>Empfehlungen bezüglich Daten von Glücksspielanbietern</b>	
Empfehlung F.1 gesetzliche Verpflichtungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Es sollte gesetzlich genau festgelegt sein, welche Daten legale Glücksspielanbieter erfassen und weitergeben dürfen bzw. müssen.</li> <li>» Es sollten Anstrengungen unternommen werden, die Arten und das Ausmaß der illegalen Glücksspielangebote zu erfassen und dafür geeignete Erhebungsmodalitäten zu finden.</li> </ul>
Empfehlung F.2 Spielsperren	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Daten betreffs Spielsperren sollten regelmäßig für wissenschaftliche Auswertungen zur Verfügung gestellt werden. Die Unterscheidung in verschiedene Sperrgründe und die Berücksichtigung anderer Merkmale sollte erfolgen.</li> </ul>
Empfehlung F.3 Datenübermittlung	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Eine pseudonymisierte Form der Übermittlung von Anbieterdaten – insbesondere in Bezug auf Spielsperren – analog dem Behandlungsbereich wäre anzustreben.</li> </ul>

<b>Allgemeine Empfehlungen</b>	
Empfehlung G.1 Teilnahme an verschiedenen Spielformen	» Bei der Erhebung der verschiedenen Spielformen sollte ein Modus gefunden werden, der sowohl bei Bevölkerungsbefragungen als auch bei Erhebungen in Einrichtungen angewandt werden kann. Damit kann die Vergleichbarkeit unterschiedlicher Erhebungen und Datenquellen erleichtert werden.
Empfehlung G.2 Sicherheitsmanagement	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Es sollten spezielle Protokolle erstellt sowie Hard- und Softwarelösungen implementiert werden, um illegalen Fernzugriff auf Terminals mit Verbindung zu den Behandlungsdaten zu verhindern.</li> <li>» Die Daten sollten durch ein Pseudoanonymisierungsverfahren geschützt werden. Personenbezogene Daten sollten mit einem Einwegalgorithmus verschlüsselt werden, um ihre Verknüpfung mit identifizierbaren Personen zu verhindern.</li> <li>» Um die Transportsicherheit zu gewährleisten, muss beim Transport der Daten in eine nationale Datenbank eine Nachrichtenverschlüsselung verwendet werden.</li> </ul>
Empfehlung G.3 Rahmenbedingungen der Auswertung	» Einrichtungen und Anbieter, die Daten zur Verfügung stellen, müssen ausreichende Informationen über die auswertende Institution, die Verwendung der Ergebnisse und deren Rückfluss erhalten.

Das GÖG-Kompetenzzentrum Sucht sammelt als zentrale Stelle sämtliche für Österreich relevanten Daten in Bezug auf Sucht. Durch die langjährige Auseinandersetzung mit empirischen Daten und suchtpolitischen Strategien im Zusammenhang mit illegalen Drogen, Alkohol, Tabak und stoffungebundenen Süchten bietet die erworbene Expertise eine Möglichkeit zur ganzheitlichen Betrachtung der Suchtproblematik. Diese ist geprägt von einer gesundheitsbezogenen Perspektive und versucht eng gefasste, substanzspezifische Zugänge durch einen breiteren Blickwinkel zu erweitern. Für Fragen stehen die Autorin und die Autoren dieses Berichts (alexandra.puhm@goeg.at, martin.busch@goeg.at, alfred.uhl@goeg.at) bzw. das Team des GÖG-Kompetenzzentrums Sucht gerne zur Verfügung.





# Inhalt

Kurzfassung .....	III
Abbildungen.....	XV
Tabellen .....	XVII
Abkürzungen.....	XVIII
1 Einleitung .....	1
2 Studienkonzept .....	3
2.1 Zielsetzungen .....	3
2.2 Methodik .....	4
3 Monitoring in verschiedenen Suchtbereichen.....	5
3.1 Monitoring im Bereich der illegalen Drogen .....	5
3.1.1 Monitoring auf europäischer bzw. nationaler Ebene .....	5
3.1.1.1 Bevölkerungsbefragungen über Drogenkonsum .....	6
3.1.1.2 Prävalenzschätzungen des hochriskanten (problematischen) Drogenkonsums.....	7
3.1.1.3 Behandlungsdaten.....	8
3.1.1.4 Negative Folgen des Drogenkonsums .....	9
3.2 Übertragbarkeit der Indikatoren aus dem Monitoring des Bereichs der illegalen Drogen auf ein nationales Glücksspielmonitoring .....	11
3.3 Glücksspielmonitoring international .....	14
4 Theoretische Grundlagen von Datenquellen und Schlüsselindikatoren im Bereich Glücksspiel.....	17
4.1 Glücksspielbezogene Befragungsdaten.....	17
4.1.1 Methodische Überlegungen betreffend Bevölkerungsbefragungen .....	18
4.1.2 Bevölkerungsbefragungen in Österreich.....	19
4.2 Glücksspielbezogene Behandlungsdaten .....	21
4.2.1 Methodische Überlegungen betreffend Behandlungs- daten .....	21
4.2.2 Rahmenbedingungen in Österreich.....	22
4.3 Glücksspielbezogene Anbieterdaten .....	26
4.3.1 Daten auf Basis von Spielerkonten .....	28
4.3.2 Methodische Überlegungen .....	30
4.3.2.1 Vorteile der Analyse von Spielerkonten .....	30
4.3.2.2 Herausforderungen .....	32
4.3.3 Rahmenbedingungen in Österreich.....	34
4.4 Glücksspielbezogene Daten bei Behörden .....	37
4.5 Einzelne Indikatoren eines Glücksspielmonitorings .....	38
4.5.1 Soziodemografie von Spielern und Spielerinnen .....	38
4.5.2 Spielteilnahme an verschiedenen Spielformen .....	40
4.5.3 Ausgaben für Glücksspiel insgesamt .....	43
4.5.4 Verschuldung infolge der Spielsucht.....	46
4.5.5 Glücksspielbezogene Straftaten .....	47
4.5.6 Spielsperren und -beschränkungen.....	49
5 Daten problematischen und pathologischen Glücksspielverhaltens in Österreich.....	55
5.1 Prävalenz der Glücksspielteilnahme.....	56

5.2	Prävalenz problematischen und pathologischen Glücksspiels.....	58
5.3	Prävalenz verschiedener Spielformen.....	59
5.4	Inanspruchnahme von Beratung und Behandlung.....	66
5.4.1	Stationäre Behandlungen.....	66
5.4.2	Ambulante Beratung und Behandlung.....	71
5.5	Soziodemografie von Spielern/Spielerinnen in Behandlung.....	72
5.5.1	Geschlecht.....	73
5.5.2	Alter.....	75
5.5.3	Migrationshintergrund.....	81
5.5.4	Bildungsstand.....	84
5.6	Negative Auswirkungen problematischen bzw. pathologischen Spielens.....	86
5.6.1	Verschuldung infolge der Spielsucht.....	87
5.6.2	Glücksspielbezogene Straftaten.....	88
5.7	Glücksspielangebot.....	91
5.7.1	Onlineglücksspiel.....	91
6	Schlussfolgerungen und Empfehlungen.....	93
7	Anhang.....	104
7.1	Einzelangebote beim Onlineglücksspiel.....	104
8	Quellen.....	105

# Abbildungen

Abbildung 3.1:	Prävalenzschätzung des risikoreichen Opioidkonsums mit der 2-Sample-Capture-Recapture-Methode .....	8
Abbildung 3.2:	Prävalenzschätzung des pathologischen Glücksspiels mit der 2-Sample-Capture-Recapture-Methode .....	12
Abbildung 5.1:	Prävalenz der Teilnahme an Glücksspiel oder Sportwetten nach Geschlecht, Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch 2015 .....	57
Abbildung 5.2:	Prävalenz der Teilnahme an Glücksspiel nach Geschlecht, Repräsentativerhebungen Kalke 2009, 2015 .....	58
Abbildung 5.3:	Problembehaftete Spielarten der Spieler/-innen, Spielsuchthilfe Wien, 2001-2017 .....	60
Abbildung 5.4:	Onlineglücksspiel nach Spielart, Spielsuchthilfe Wien, 2011-2017 .....	61
Abbildung 5.5:	Problembehaftete Spielarten der Spieler/-innen nach Geschlecht, in Absolutzahlen, Spielsuchthilfe Wien, 2017 .....	62
Abbildung 5.6:	Problembehaftete Spielarten der Spieler/-innen nach Geschlecht, relativ, Spielsuchthilfe Wien, 2017 .....	63
Abbildung 5.7:	Entwicklung der GSA als problembehaftete Spielart nach Geschlecht, Spielsuchthilfe Wien, 2012-2017 .....	64
Abbildung 5.8:	Spielformen der Klienten/Klientinnen in steirischen Einrichtungen, 2016 .....	65
Abbildung 5.9:	Problematische und pathologische Spieler und Spielerinnen nach Spielart, 2009 und 2015 .....	66
Abbildung 5.10:	Aufenthalte mit F63.0 als Haupt- bzw. Nebendiagnose in Absolutzahlen, österreichische KA, 2002-2016 .....	67
Abbildung 5.11:	Aufenthalte mit F63.0 als Hauptdiagnose pro 1.000.000 Einwohner/-innen, österreichische KA, Salzburg, Tirol, Vorarlberg, 2002-2016 .....	68
Abbildung 5.12:	Aufenthalte mit F63.0 als Hauptdiagnose pro 1.000.000 Einwohner/-innen, österreichische KA, Burgenland, Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich, Steiermark, 2002-2016 .....	69
Abbildung 5.13:	Aufenthalte mit F63.0 als Hauptdiagnose pro 1.000.000 Einwohner/-innen, österreichische KA, Wien, 2002-2016 .....	70
Abbildung 5.14:	Spieler/-innen und Angehörige in Betreuung in Absolut- und Prozentzahlen, Spielsuchthilfe Wien, 2001-2017 .....	71

Abbildung 5.15: Spieler/–innen in Behandlung in Absolutzahlen, Spielsuchthilfe Wien und Einrichtungen der Steiermark, 2001–2016 .....	72
Abbildung 5.16: Aufenthalte mit F63.0 als Hauptdiagnose nach Geschlecht in Prozent, DLD, 2002–2016 .....	73
Abbildung 5.17: Klienten/Klientinnen in steirischen Beratungs- und Behandlungseinrichtungen nach Geschlecht in Prozent, 2010–2016 .....	74
Abbildung 5.18: Klienten/Klientinnen der Spielsuchthilfe Wien nach Geschlecht in Prozent, 2001–2017.....	74
Abbildung 5.19: Aufenthalte mit F63.0 als Hauptdiagnose nach Alter und Geschlecht in Absolutzahlen, DLD, 2002–2016 .....	76
Abbildung 5.20: Aufenthalte mit F63.0 als Hauptdiagnose nach Alter und Geschlecht pro 100.000 Einwohner/–innen, DLD, 2015.....	76
Abbildung 5.21: Spieler/–innen der Spielsuchthilfe Wien nach Altersgruppen und Jahr, in Prozent, 2001–2017.....	77
Abbildung 5.22: Spieler/–innen der Spielsuchthilfe Wien nach Alter und Geschlecht pro 100.000 Einwohner/–innen.....	78
Abbildung 5.23: Spieler/–innen in steirischen Beratungs- und Behandlungseinrichtungen für Glücksspiel nach Altersgruppen und Jahr, 2010–2016.....	79
Abbildung 5.24: Spieler/–innen in steirischen Beratungs- und Behandlungseinrichtungen für Glücksspiel nach Altersgruppen und Jahr pro 100.000 Einwohner/–innen.....	80
Abbildung 5.25: Geburtsland der Klienten/Klientinnen, Spielsuchthilfe Wien, 2008–2017 .....	82
Abbildung 5.26: Migration bei Klienten/Klientinnen, Fachstelle Glücksspielsucht Steiermark, 2013–2016.....	83
Abbildung 5.27: Höchste abgeschlossene Ausbildung, Fachstelle Glücksspielsucht Steiermark, 2013–2016.....	84
Abbildung 5.28: Höchste abgeschlossene Ausbildung, Spielsuchthilfe Wien, 2013–2017 .....	85
Abbildung 5.29: Schulbildung nach Spielproblemen, Repräsentativerhebung Kalke, 2009 .....	86
Abbildung 5.30: Verschuldung als Folge der Spielsucht nach Geschlecht, Spielsuchthilfe Wien, 2004–2017 .....	87
Abbildung 5.31: Höhe der Schulden aufgrund der Spielsucht, Existenzsicherungsberatung, 2011–2016 .....	88
Abbildung 5.32: Beschaffungskriminalität nach Geschlecht, Spielsuchthilfe Wien, 2004–2017 .....	89

Abbildung 5.33: Vorstrafen nach Geschlecht, Spielsuchthilfe Wien, 2004–2017 .....	90
Abbildung 5.34: Delikte bei Klienten und Klientinnen der steirischen Einrichtungen nach Geschlecht, 2010–2016 .....	90

## Tabellen

Tabelle 1.1: Empfehlungen in unterschiedlichen Handlungsfeldern .....	VIII
Tabelle 5.1: Prävalenz von Glücksspielproblemen in der Gesamtbevölkerung und unter Spielern/Spielerinnen, Bevölkerungsbefragungen 2009, 2015 .....	59
Tabelle 5.2: Prävalenz von Spielproblemen nach Geschlecht, Bevölkerungsbefragungen 2009, 2015 .....	75
Tabelle 5.3: Angebot verschiedener Onlineglücksspiele .....	92

# Abkürzungen

Abs.	Absatz
AUS	Australien
BMF	Bundesministerium für Finanzen
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
bPK	bereichsspezifische Personenkenzahl
BRZ	Bundesrechenzentrum
DLD	Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten
DOKLI	Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen
DRD	drug-related deaths and mortality
DRID	drug-related infectious diseases
EBDD	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (engl. EMCDDA)
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and other Drugs
EU	Europäische Union
GB	Großbritannien
GGY	gross gambling yield (Bruttospielertrag)
GPS	general population surveys
GSA	Glücksspielautomat
GSpG	Glücksspielgesetz
HRDU	high-risk drug use
KA	Krankenanstalt
LBISucht	Ludwig Boltzmann Institut für Suchtforschung
L-GSA	Landesglücksspielautomat
LKF	leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung
REITOX	Réseau Européen d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies
SBK-GSA	Glücksspielautomat in Spielbanken
TDI	treatment demand indicator
tlw.	teilweise
u. a.	unter anderem
usw.	und so weiter
VLT	Video-Lotterie-Terminal
z. B.	zum Beispiel
ZMR	Zentrales Melderegister

# 1 Einleitung

Problematisches bzw. pathologisches Glücksspiel stellt ein wichtiges gesundheitspolitisches Handlungsfeld dar. Belastbare Aussagen darüber, wie viel Prozent der österreichischen Bevölkerung in problematischem oder pathologischem Ausmaß an Glücksspielen teilnehmen (Prävalenz), bzw. über diesbezügliche Trends fallen aufgrund der vorhandenen Datenlage ebenso schwer wie detaillierte Angaben zu relevanten Charakteristika und Bedürfnissen betroffener Personen. Ein möglichst klares und verständliches Bild kann nur durch die **Zusammenschau verschiedener Daten** aus unterschiedlichen Datenquellen gewährleistet werden. Dieser methodische Zugang bewährt sich seit mehreren Jahren im Bereich der illegalen Drogen und erlaubt dort gut fundierte und detaillierte Aussagen zur Epidemiologie des risikoreichen Drogenkonsums. Aussagen zum problematischen bzw. pathologischen Glücksspiel in Österreich werden hingegen zumeist auf Basis von Daten aus dem Versorgungssetting und regional getroffen. Übergreifende und überregionale Daten fehlen noch.

Epidemiologische Aussagen über die Situation des (problematischen/pathologischen) Glücksspiels sind aus mehreren Gründen erforderlich, etwa in Hinsicht auf die Planung präventiver Maßnahmen bzw. jene der Versorgung betroffener Spieler/Spielerinnen. Interesse an belastbaren Daten besteht dabei nicht nur auf **nationaler**, sondern auch auf **europäischer Ebene** aufgrund einer Berichtspflicht gegenüber der europäischen Kommission. In der Empfehlung der Europäischen Kommission vom 14. Juli 2014 mit dem Titel *Grundsätze für den Schutz von Verbrauchern und Nutzern von Onlineglücksspieldienstleistungen und für den Ausschluss Minderjähriger von Onlineglücksspielen* (2014/478/EU) werden die Mitgliedstaaten aufgefordert, auf jährlicher Basis Daten für statistische Zwecke zu sammeln. Als Indikatoren sind hier u. a. die angewandten Schutzmaßnahmen, insbesondere die Zahl der (eröffneten und geschlossenen) Spielerkonten, die Zahl der Selbstausschlüsse, die Fälle einer Glücksspielstörung und Beschwerden von Spielern/Spielerinnen von Interesse. Auch dort, wo in den Mitgliedstaaten entsprechende Daten verfügbar sind, besteht aufgrund der uneinheitlichen Erhebungs- und Analysemethoden und der unterschiedlichen Datenqualität nur eingeschränkte Vergleichbarkeit.

Um der Verpflichtung eines spezifischen Monitorings nachzukommen, sollen vorhandene Datenquellen zusammengetragen und bewertet werden. Es geht um die Erarbeitung von Grundlagen, die in den kommenden Jahren die zufriedenstellende Datenerhebung auf nationaler Ebene ermöglicht. Eine Harmonisierung der vorhandenen Datenerhebungen ist Voraussetzung für die systematische Beobachtung und vergleichende Analyse der Situation des problematischen/pathologischen Glücksspiels in Österreich.

Im Anschluss an die Darstellung des Studienkonzepts in Kapitel Studienkonzept werden anhand einer Recherche von relevanter wissenschaftlicher Literatur und Forschungsberichten die **theoretischen Grundlagen** und **Erfahrungen** anderer Länder mit der Umsetzung eines **Monitorings im Bereich der illegalen Drogen und des Glücksspiels** dargestellt (Kap. Monitoring in verschiedenen Suchtbereichen).

Kapitel Theoretische Grundlagen von Datenquellen und Schlüsselindikatoren im Bereich Glücksspiel fokussiert international **bewährte Schlüsselindikatoren und Datenquellen** zur Darstellung des (problematischen/pathologischen) **Glücksspiels**. Es werden sowohl die zugrunde liegenden Überlegungen als auch die methodischen Herausforderungen diskutiert, die sich aus den vorhandenen Datenquellen in Österreich und deren Rahmenbedingungen ergeben. Basis dafür bilden Recherche, Interviews bzw. informeller Austausch mit entsprechenden Schlüsselpersonen.

**Problematisches/pathologisches Glücksspiel in Österreich** wird auf Basis von hierzulande bereits verfügbaren Datenquellen wie etwa Bevölkerungsbefragungen und Daten aus Beratungs- und Behandlungseinrichtungen anhand einiger Indikatoren in Kapitel 5 dargestellt.

Aus der Zusammenschau der Ausführungen aus vorangegangenen Kapiteln erfolgt in Kapitel 6 die **Definition von Indikatoren für ein Glücksspielmonitoring** in Österreich, aus der **Empfehlungen für die Implementierung eines Monitorings** des problematischen/pathologischen Glücksspiels abgeleitet werden. Auf Basis dieser Empfehlungen sollen Schritte zur Erreichung dieses Ziels gesetzt werden.



## 2 Studienkonzept

### 2.1 Zielsetzungen

Ziel der Studie ist die **Erarbeitung von Grundlagen** für den Aufbau eines fundierten epidemiologischen **Monitorings im Bereich Glücksspiel und Glücksspielsucht**. Darauf basierend sollen mittelfristig regelmäßige Glücksspielberichte erstellt werden, die die aktuelle Situation des problematischen und pathologischen Glücksspiels in Österreich und die Charakteristika der betroffenen Personen möglichst differenziert abbilden.

Folgende **Teilziele** werden definiert:

#### **Definition von Schlüsselindikatoren**

- » Welche Indikatoren sind zur Beschreibung der Situation im Bereich Glücksspiel(sucht) relevant?
  - » Welche Indikatoren haben sich in gut aufbereiteten Feldern wie z. B. der Beobachtung des Missbrauchs und der Abhängigkeit von illegalen Drogen sowohl in Österreich als auch international etabliert und bewährt, und was kann daraus für das Monitoring des problematischen und pathologischen Glücksspiels gelernt werden?
  - » Welche das problematische und pathologische Glücksspiel betreffenden Indikatoren sind international in Verwendung?
  - » Welche Erfahrungen wurden mit diesen Schlüsselindikatoren international gemacht?

#### **Systematische Recherche vorhandener glücksspielrelevanter Datenquellen in Österreich**

- » Welche Datenquellen sind in Österreich bereits verfügbar?
- » Welche Daten werden wie erhoben, ausgewertet und zur Verfügung gestellt?

#### **Darstellungen methodischer Zugänge zur Prävalenzschätzung**

- » Welche methodischen Zugänge sind, neben Bevölkerungsbefragungen und der Interpretation von Routinedaten, sinnvoll, um die Prävalenz des problematischen/pathologischen Glücksspiels abschätzen zu können?

#### **Klärung von Rahmenbedingungen**

- » Welche faktischen und rechtlichen Hindernisse stehen der Erhebung, der Auswertung und dem Zur-Verfügung-Stellen von Daten entgegen, und wie können sie überwunden werden?

#### **Erarbeitung von Empfehlungen zur Erhöhung der Datenqualität**

- » Welche Schritte sind notwendig, um die Qualität von Daten im Bereich Glücksspiel zu verbessern?
- » Welche gesetzlichen Maßnahmen sind notwendig, um den Zugang zu relevanten Daten zu ermöglichen?

## 2.2 Methodik

Zur Beantwortung der in Punkt 2.1 aufgelisteten Projektziele wurden unterschiedliche Methoden gewählt.

Eine **(Literatur-)Recherche** hinsichtlich nationaler und internationaler Erfahrungen mit dem Aufbau eines Monitorings in unterschiedlichen Gesundheitsfeldern (besonders in den Bereichen der illegalisierten Substanzen und des problematischen Glücksspiels) wurde durchgeführt. Die Ergebnisse dieses Prozesses bilden die Grundlage für die Definition möglicher Schlüsselindikatoren für das Monitoring des problematischen Glücksspiels in Österreich. Der Analyse liegen wissenschaftliche Fachpublikationen, frei zugängliche Forschungsberichte (graue Literatur) und behördliche Berichte zugrunde.

Ergänzt wurde dies durch eine **systematische Recherche verfügbarer Datenquellen** (international und national) über die telefonische, E-Mail-basierte oder persönliche Kontaktierung von Experten/Expertinnen mit entsprechender Expertise wie Mitarbeiter/-innen von Beratungs- und Behandlungseinrichtungen, Lizenznehmer/-innen, Behörden, die mit Glücksspielfragen befasst sind, u. a. Hinsichtlich der Behandlungsdaten erfolgen erste exemplarische Auswertungen.

## 3 Monitoring in verschiedenen Suchtbereichen

Die Identifikation von Schlüsselindikatoren für ein Glücksspielmonitoring in Österreich basiert zum einen auf dem **Vergleich mit anderen Gesundheitsfeldern**, in denen die dafür notwendigen Strukturen bereits gut aufbereitet sind wie etwa im **Bereich der illegalisierten Substanzen**. Dabei kann auf jahrelange Erfahrungen sowohl auf europäischer als auch auf nationaler Ebene zurückgegriffen werden. Zum anderen werden bei der Identifikation relevanter Schlüsselindikatoren für Glücksspielmonitoring **Erkenntnisse** aus **wissenschaftlichen Publikationen** und Erfahrungen von kontaktierten Experten und Expertinnen aus den Bereichen Beratung/Behandlung, Prävention und Wirtschaft berücksichtigt.

### 3.1 Monitoring im Bereich der illegalen Drogen

#### 3.1.1 Monitoring auf europäischer bzw. nationaler Ebene

1993 wurde die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) als eine Agentur der Europäischen Union mit Sitz in Lissabon gegründet. Ihre Hauptaufgabe ist, objektive, zuverlässige und vergleichbare Informationen zur Verfügung zu stellen, welche der Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten einen Überblick über das Phänomen Drogen und Drogensucht sowie über deren Auswirkungen vermitteln. Eine wichtige Rolle im Rahmen dieses Unterfangens spielt das sogenannte REITOX-Netzwerk über die EU kofinanzierter nationaler Knotenpunkte als Austauschplattformen zwischen EU und der nationalen Ebene. In Österreich befindet sich dieser nationale Knotenpunkt am Kompetenzzentrum Sucht der Gesundheit Österreich GmbH.

Von der EBDD wurden zur Beschreibung der Drogensituation zunächst 5 epidemiologische Schlüsselindikatoren definiert:

- » Bevölkerungsbefragungen in Hinblick auf Drogenkonsum und drogenbezogene Einstellungen (*general population surveys*)
- » Prävalenzschätzungen des hochriskanten (problematischen) Drogenkonsums (*high-risk drug use*)
- » drogenspezifische Behandlungsdaten (*treatment demand indicator*)
- » drogenbezogene Todesfälle und Mortalität (*drug-related deaths and mortality*)
- » drogenassoziierte Infektionskrankheiten (*drug-related infectious diseases*)

Zu jedem der Schlüsselindikatoren wurden Arbeitsgruppen mit Vertretern und Vertreterinnen aus allen EU-Ländern einberufen, die sich jährlich einmal treffen. In der Anfangszeit wurden, aufbauend auf existierenden Vorarbeiten (z. B. der Pompidou Group des Europarates), Richtlinien und – wo sinnvoll – Schlüssel-Items erarbeitet. Damit sollte unter anderem erreicht werden, dass gleiche Inhalte in allen EU-Ländern auch gleich erfasst werden und damit vergleichbar sind. Dies erforderte einen langen Abstimmungsprozess, der – unter Berücksichtigung neuer Entwicklungen wie z. B.

des Auftauchens neuer psychoaktiver Substanzen – bis heute andauert. Eine Herausforderung dabei war es, einen Mittelweg zwischen der Fortführung zum Teil langer Zeitreihen auf nationaler Ebene und der europäischen Vergleichbarkeit zu finden.

In Zusammenschau mit anderen Indikatoren wie z. B. polizeilichen Anzeigen oder Sicherstellungen soll mit diesen fünf Schlüsselindikatoren – ähnlich wie beim Zusammensetzen eines Puzzles – ein möglichst facettenreiches und realistisches Bild der Drogensituation gezeichnet werden. Auch sollte so die überzogene Interpretation einzelner Datenquellen verhindert werden. So wurde beispielsweise in Österreich lange Zeit die Zahl der drogenbezogenen Todesfälle in unzulässiger Weise mit der allgemeinen Drogensituation gleichgesetzt. Dadurch erhielten irrelevante Zufallsschwankungen in den Medien große Bedeutung, was besonders bei einem Anstieg dieser Zahl immer wieder zu sachlich unhaltbaren negativen Schlagzeilen führte.

Basierend auf diesen Grundlagen erfolgt in Österreich das **Monitoring** im Bereich illegale Drogen auf **nationaler Ebene**. Die dabei verwendeten Indikatoren und Datenquellen werden im Folgenden genauer beschrieben, Vorschläge, wie sich der jeweilige Indikator auf den Glücksspielbereich umlegen lassen könnte, werden in Kapitel 3.2 dargestellt.

### 3.1.1.1 Bevölkerungsbefragungen über Drogenkonsum

Die Guidelines der EBDD, bestehend aus der Core-Item-Liste in puncto Konsum von illegalen Drogen, Zigaretten, Alkohol und psychotropen Medikamenten, Soziodemografie und Einstellungen (z. B. Risikoeinschätzungen) und aus Vorgaben zur Rekrutierung repräsentativer Stichproben. Diese Vorgaben wurden von einer vom Österreichischen REITOX Focal Point organisierten Expertengruppe für Österreich adaptiert. Gleichzeitig wurde ein Argumentationspapier erarbeitet, um die Finanzierung einer Österreichischen Repräsentativerhebung zu erreichen. Bisher erfolgten im Auftrag des Gesundheitsministeriums drei solche Erhebungen zum Thema Substanzkonsum. Die Datenerhebung wurde jeweils öffentlich ausgeschrieben. Die Fragebogenkonzeption, Auswertung und wissenschaftliche Bearbeitung bei den ersten beiden Erhebungen wurde vom Ludwig Boltzmann Institut für Suchtforschung (LBISucht) und bei der letzten Erhebung vom Kompetenzzentrum Sucht der GÖG durchgeführt. Die Befragungsblöcke zu den Themen Tabak und Alkohol wurden dabei jeweils stark erweitert. Ergänzt werden diese Daten einerseits durch lokale Erhebungen (z. B. das Wiener Suchtmittelmonitoring<sup>1</sup>) und andererseits durch im Rahmen des ESPAD-Projekts erhobene Daten von Schülerinnen und Schülern. Bevölkerungserhebungen erwiesen sich in erster Linie als sinnvoll, um den Konsum von Cannabis in der Bevölkerung einschätzen zu können. Zur Erfassung des problematischen Drogenkonsums ist dieser Indikator nur sehr eingeschränkt geeignet, da es sich bei Personen mit hochfrequentem, psychische, gesundheitliche und soziale Probleme verursachendem Konsum illegaler Drogen um eine sogenannte Hidden Population handelt, die in

---

1

Das Wiener Suchtmittel Monitoring 2017 enthält auch Befragungsblöcke zum Glücksspiel.

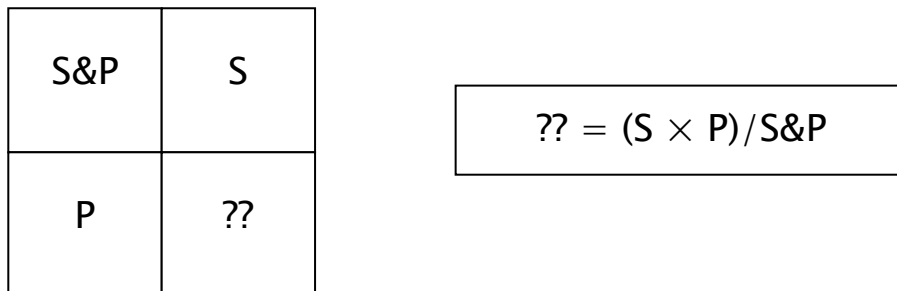
Repräsentativbefragungen zum einen aufgrund ihrer geringen Größe und zum anderen aufgrund ihrer schweren Erreichbarkeit kaum abgedeckt werden kann.

### 3.1.1.2 Prävalenzschätzungen des hochriskanten (problematischen) Drogenkonsums

Bei diesem Indikator geht es darum, das Ausmaß des hochriskanten bzw. problematischen Drogenkonsums zu schätzen. Unter **risikoreichem (problematischem) Konsum** illegaler Drogen wird von der EBDD „wiederholter Drogenkonsum verstanden, welcher relevante Schäden (Abhängigkeit, aber auch andere gesundheitliche, psychologische oder soziale Probleme) für die Person verursacht oder sie einem hohen Risiko, einen solchen Schaden zu erleiden, aussetzt. Zur Schätzung der Größe dieser Hidden Population wurden von der EBDD eine Reihe statistischer Methoden vorgeschlagen und in einem Handbuch veröffentlicht (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 1997). In Österreich wird seit den 90er-Jahren die sogenannte Capture-Recapture-Methode verwendet, die sich zur Beschreibung von Trends als recht gut geeignet erwiesen hat. Die Capture-Recapture-Methode arbeitet mit Überschneidungen von Datenquellen.

So kann z. B. die Größe der Population der hochriskant Opioiden konsumierenden Personen aus der Überschneidung von Substitutionsregister und opioidbezogenen Anzeigen durch die Polizei erfolgen. Abbildung 3.1 veranschaulicht dieses an sich triviale Prinzip. Wird die Anzahl der Personen, die in einem bestimmten Jahr ausschließlich als in Substitutionsbehandlung befindlich gemeldet waren, mit der Anzahl an Personen, die im selben Jahr ausschließlich eine opioidbezogene Anzeige erhielten, multipliziert und durch die Anzahl jener Personen dividiert, die im entsprechenden Jahr sowohl eine Anzeige wegen Opioiden erhielten als auch sich einer Substitutionsbehandlung unterzogen, so ergibt sich eine Schätzung der Anzahl jener problematischen Opiatkonsumenten und -konsumentinnen, die weder in Substitutionsbehandlung waren noch von der Polizei angezeigt wurden. Allerdings baut diese Methode auf einer Reihe statistischer Voraussetzungen auf, die hier nicht umfassend dargestellt werden können. So wird beispielsweise vorausgesetzt, dass eine Anzeige durch die Polizei die Wahrscheinlichkeit einer Substitutionsbehandlung nicht beeinflusst und umgekehrt. Solche Wechselwirkungen können allerdings bei einer 3-Sample-Capture-Recapture-Schätzung teilweise berücksichtigt werden; also bei einer Berechnung, basierend auf den Überschneidungen dreier Datenquellen. In Österreich wird daher zur Kreuzvalidierung der routinemäßig durchgeführten 2-Sample-Capture-Recapture-Schätzung auch eine 3-Sample-Capture-Recapture-Schätzung unter Einbeziehung der drogenbezogenen Todesfälle durchgeführt.

Abbildung 3.1:  
 Prävalenzschätzung des risikoreichen Opioidkonsums mit der 2-Sample-Capture-Recapture-Methode



Legende: S = ausschließlich in Substitutionsbehandlung; P = ausschließlich von der Polizei wegen Opioiden angezeigt;  
 $S \times P$  = sowohl in Substitutionsbehandlung als auch von der Polizei wegen Opioiden angezeigt

Quelle: GÖG-eigene Darstellung

Da in der Regel davon ausgegangen werden kann, dass die statistischen Voraussetzungen für diese Methode nicht vollständig erfüllt sind, müssen deren Ergebnisse vorsichtig und in Zusammenschau mit anderen Datenquellen interpretiert werden. Im Drogenbereich hat sich diese Schätzmethode bis dato bestens bewährt und stellt einen wichtigen Puzzlestein des Drogenmonitorings dar. Insbesondere die altersstratifizierte Schätzung (Schätzung der Prävalenz nach mehreren Altersgruppen) liefert wertvolle Hinweise hinsichtlich zeitlicher Trends.

Ein insbesondere für die Capture-Recapture-Methode, aber auch für andere Bereiche der Datensammlung relevantes Datenerhebungsinstrument stellt die eSuchtmittel-Datenbank dar. Diese beinhaltet alle nach dem SMG dem Gesundheitsministerium zu meldenden Daten (Substitutionsbehandlungen, Meldungen hinsichtlich gesundheitsbezogener Maßnahmen, Anzeigen nach dem Suchtmittelgesetz, Anfangsverdachtsmeldungen). Ein wichtiger Qualitätssicherungsmechanismus von eSuchtmittel ist, dass jeder Eintrag einer Person nur nach eindeutiger Identifizierung über das Zentrale Melderegister (bzw. das Ergänzungsregister) erfolgt. Doppeleinträge (z. B. aufgrund unterschiedlicher Namensschreibweisen) sind damit weitgehend ausgeschlossen. Zusätzlich existieren klare im Datenwartungskonzept festgelegte Qualitätssicherungsmaßnahmen und Datenplausibilitätsüberprüfungen. Für epidemiologische Zwecke können die unterschiedlichen Datensätze im Statistikregister auf pseudonymisierter Basis – also OHNE direkten Personenbezug – verlinkt werden. Die Pseudonymisierung erfolgt über nicht rückführbar verschlüsselte bereichsspezifische Personenkenntzahlen (bPK).

### 3.1.1.3 Behandlungsdaten

Von der EBDD wurden in einem langen Abstimmungsprozess aufbauend auf Arbeiten der Pompidou Group verpflichtende Core-Items (z. B. bezüglich Soziodemografie, Inanspruchnahme von Behandlungen, Drogenkonsummustern) und Core-Definitionen (z. B.: Was ist eine Behandlung?)

entwickelt und als Guidelines veröffentlicht. Diese Guidelines wurden ebenfalls in einem langen Abstimmungsprozess unter Einbindung aller Stakeholder für Österreich adaptiert und 2006 im Rahmen des DOKLI-Systems umgesetzt. DOKLI steht für Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen. DOKLI besteht im Wesentlichen aus einer von der GÖG eigens programmierten Software, in die Daten eingegeben werden können, die aber auch für die einrichtungsinterne Verwaltung der Klientinnen und Klienten genutzt werden kann. Einmal jährlich wird ein anonymisierter Datensatz an die GÖG übermittelt, dort hinsichtlich der Datenqualität (z. B. Anzahl fehlender Angaben) analysiert und – wenn notwendig, nach Rückfrageschleifen zur Verbesserung der Datenqualität – zu einem österreichweiten Datensatz zusammengespielt und ausgewertet. An DOKLI kann sowohl unter Nutzung der beschriebenen Software als auch über Schnittstellen aus anderen Softwareprogrammen teilgenommen werden. Die gesetzliche Grundlage für DOKLI ist § 15 SMG, in dem eine Dokumentationspflicht für nach § 15 kundgemachte Einrichtungen der Drogenhilfe festgelegt ist. Ein weiterer Anreiz zur Teilnahme an DOKLI war die Finanzierung eines PC für teilnehmende Einrichtungen durch das Gesundheitsministerium. An DOKLI nehmen derzeit etwa 90 Prozent der ambulanten und etwa 80 Prozent der stationären Einrichtungen der Drogenhilfe teil, zum Teil auch solche, die nicht nach § 15 SMG kundgemacht sind, also freiwillig daran teilnehmen.

Der Rückfluss der Ergebnisse an die Datenliefernden erfolgt zum einen im Rahmen des jährlichen Berichts zur Drogensituation bzw. im *Epidemiologiebericht Sucht*, zum anderen im Rahmen des jährlichen DOKLI-Beirats (bestehend aus Einrichtungsvertretern und -vertreterinnen, Bundesdrogenkoordination und Landessucht koordinationen bzw. Drogenkoordinationen). Der DOKLI-Beirat berät auch über Änderungen im DOKLI-System und über die Datenverwendung für wissenschaftliche Zwecke abseits der Routinepublikationen.

Ein Nachteil des DOKLI-Systems ist die dezentrale Softwarelösung. Diese bedingt zum einen, dass eine sehr hohe Betreuungsintensität, insbesondere bei Upgrades der Software, besteht, zum anderen, dass Doppelzählungen von Personen zwar auf Einrichtungsebene ausgeschlossen werden können, nicht aber wenn eine Person in einem Referenzjahr in mehreren Einrichtungen in Betreuung war. Aus diesem Grund bestehen Überlegungen hinsichtlich einer zentralen Softwarelösung, die es ermöglicht, Daten pseudonymisiert auf zentraler Ebene zu sammeln, wobei personenspezifische Daten auf der Einrichtungsebene verbleiben würden.

Das DOKLI-System liefert seit 2006 qualitätsgesicherte und auf europäischer Ebene vergleichbare Daten und lässt mittlerweile valide Aussagen hinsichtlich zeitlicher Trends zu. Die Daten wurden auch bereits für einige vertiefende wissenschaftliche Fragestellungen herangezogen und haben sich diesbezüglich als tauglich erwiesen. Die DOKLI-Daten stellen einen zentralen Puzzlestein des Drogenmonitorings in Österreich dar.

### 3.1.1.4 Negative Folgen des Drogenkonsums

Unter diese Überschrift fallen die Indikatoren „drogenassoziierte Infektionskrankheiten“ und „drogenbezogene Todesfälle und Mortalität“.

Mit **drogenassoziierten Infektionskrankheiten** sind in erster Linie Infektionskrankheiten gemeint, die durch das gemeinsame Verwenden von Konsumutensilien (z. B. Benutzen der gleichen Spritze) übertragen werden. In Österreich sind das (wie in der EU) in erster Linie Hepatitis und HIV. Von der EBDD wurden für die Erfassung von Infektionskrankheiten unterschiedliche Datenquellen empfohlen (z. B. Registerdaten, Daten aus Behandlungseinrichtungen), aber auch Richtlinien für die Durchführung repräsentativer Seroprävalenzstudien (z. B. Schneeballverfahren<sup>2</sup>) erarbeitet. Die Datenlage im Bereich drogenassoziierten Infektionskrankheiten und insbesondere hinsichtlich Hepatitis ist in Österreich stark verbesserungswürdig, da es keine repräsentativen nationalen Daten gibt und die Beurteilung der Situation primär auf Daten aus einzelnen lokalen Behandlungseinrichtungen bzw. niederschweligen Einrichtungen aufbaut. Der Schlüsselindikator „drogenassoziierte Infektionskrankheiten“ ist somit der in Österreich am schlechtesten implementierte Indikator.

Unter **drogenbezogenen Todesfällen** sind Todesfälle zu verstehen, die aufgrund von Überdosierungen unter Beteiligung illegaler Drogen passieren. Auch hier wurde seitens der EBDD eine Reihe von Definitionen erarbeitet, die in Österreich vollständig implementiert wurden. Während direkt drogenbezogene Todesfälle systematisch von vielen meldenden Stellen (z. B. Verdachtsmeldungen der Polizei, Meldungen von gerichtsmedizinischen Instituten) gesammelt werden, gibt es eine Reihe unterschiedlicher Methoden, um indirekte Todesfälle zu schätzen, also zu beurteilen, wie viele Todesfälle durch Drogenkonsum zusätzlich zur allgemeinen Sterblichkeit zustande kommen. Diese Zahl wird teilweise so berechnet, dass man bei allen Todesfällen den Anteil schätzt, der auf drogenbedingte Krankheiten zurückgeführt wird, das ist z. B. der Zugang, den die Studie *Global Burden of Disease* (Murray et al. 2012) wählt. Diese Methode ist nicht unproblematisch, weil man Todesfälle in der Regel nicht auf eine Ursache zurückführen kann und damit willkürliche Entscheidungen einen übergroßen Einfluss gewinnen.

Logisch angemessener ist die Abschätzung der indirekten Mortalität über sogenannte Mortalitätskohortenstudien, bei denen eine Gruppe mit einem Indexmerkmal (im Falle drogenbezogener Todesfälle „Drogenabhängige“) über mehrere Jahre hinsichtlich ihrer Sterblichkeit beobachtet werden. Sinnvoll ist dieser Ansatz natürlich nur, wenn nicht einfach die Anzahl der Todesfälle pro Zeiteinheit, sondern die Zahl der Todesfälle, die über den zu erwartenden Todesfällen in der Allgemeinbevölkerung liegen, berechnet wird (Standardmortalitätsrate). Dabei ist allerdings zu beachten, dass die Standardmortalitätsrate zwar Prognosen ermöglicht, aber nur bedingt ursächlich interpretiert werden darf<sup>3</sup>.

---

2

Das Schneeballverfahren ist ein Stichprobenauswahlverfahren, bei dem Personen einer zu untersuchenden Subpopulation, die befragt werden konnten, gebeten werden, einen Fragebogen an andere Personen in ihrem Netzwerk weiterzugeben oder deren Teilnahme an der Befragung zu vermitteln.

3

Aus einem Zusammenhang zwischen einem Indexmerkmal und Übersterblichkeit, und um einen solchen handelt es sich hier, kann man nicht ohne weiteres auf Kausalität schließen. Wenn Personen mit Grundproblemen, die generell mit einer geringeren Lebenserwartung assoziiert sind, wie etwa psychischen Erkrankungen verstärkt zum Drogenkonsum tendieren, so ist ein Teil der Überschussmortalität auf die Grundproblematik und ein Teil auf den Drogenkonsum rückführbar, wobei man über dieses Verhältnis ohne weitere Befunde nur mutmaßen kann.



Bei Mortalitätskohortenstudien wird eine Gruppe mit einem Indexmerkmal (im Falle drogenbezogener Todesfälle „Drogenabhängige“) über mehrere Jahre beobachtet und aus der Zahl der Todesfälle im Zeitverlauf berechnet, wie hoch die Todesrate über der allgemeinen Mortalitätsrate (standardisierte Mortalitätsrate<sup>4</sup>) liegt. In Österreich wird derzeit an einer Mortalitätskohortenstudie gearbeitet, die alle Personen, die seit 2002 eine Substitutionsbehandlung begonnen haben, inkludiert. Zu diesem Zweck wird das pseudonymisierte Statistikregister von eSuchtmittel unter Zuhilfenahme der nichtrückführbar verschlüsselten bPK-Gesundheit verlinkt.

Da direkte Todesfälle durch Überdosierungen anders als im Bereich der illegalisierten Drogen bei Spielern und Spielerinnen nicht vorkommen, kommt hinsichtlich Glücksspiel ausschließlich eine Mortalitätskohortenstudie infrage.

## 3.2 Übertragbarkeit der Indikatoren aus dem Monitoring des Bereichs der illegalen Drogen auf ein nationales Glücksspielmonitoring

Aufbauend auf Erfahrungen mit dem europäischen und internationalen Drogenmonitoring werden im folgenden Kapitel Schlussfolgerungen für ein nationales Glücksspielmonitoring abgeleitet. Die Schlüsselindikatoren und Datenquellen, die von der EMCDDA für den Bereich der illegalen Drogen definiert wurden, und jene, die international im Glücksspielmonitoring zentral sind (Kap. 3.3), zeigen Übereinstimmungen in wesentlichen Aspekten.

### Datenquellen und Schlüsselindikatoren

**Bevölkerungsbefragungen** nehmen aktuell einen zentralen Stellenwert ein, wenn es darum geht, Aussagen zur **Prävalenz** bestimmter Verhaltensweisen bzw. Probleme zu formulieren, und das trifft auch auf die Schätzung der Prävalenz des Glücksspiels in der Allgemeinbevölkerung bzw. die Prävalenz der problematischen Ausprägungen des Glücksspielverhaltens zu. Dabei sind einerseits gute und stringente Definitionen und andererseits eine verständliche Operationalisierung für die zu Befragenden wichtig. Es ist auch zu beachten, dass es sich bei pathologischen Glücksspielern und -spielerinnen primär um eine Hidden Population handelt, die mit Bevölkerungsbefragungen nicht adäquat erfasst werden kann.

Um die im Bereich der illegalen Drogen angewandten **alternativen Methoden** der Prävalenzschätzung auch im Glücksspielbereich analog **zur Schätzung des problematischen/pathologischen Umgangs mit Glücksspiel** anwenden zu können, ist zunächst eine möglichst handhabbare Definition des zu schätzenden Phänomens zu erarbeiten. Ergänzend muss auch bedacht werden, dass für

---

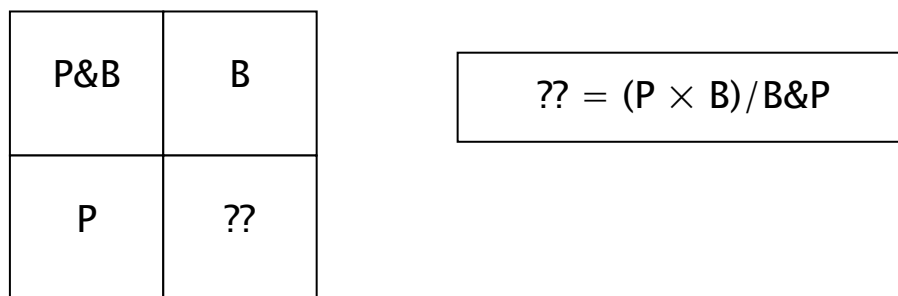
4

Die standardisierte Mortalitätsrate ist das Verhältnis der beobachteten Todesfälle in der Studiengruppe zu den erwarteten Todesfällen in der Allgemeinbevölkerung.

Capture-Recapture-Berechnungen die fallbezogene Verlinkung unterschiedlicher Datenquellen möglich sein muss.

Dies sei nun an einem hypothetischen Beispiel veranschaulicht. Vorausgesetzt wird in diesem Beispiel, dass es eine Definition des pathologischen Glücksspiels gibt, die auf die vom Betreiber erhobenen Daten anwendbar ist (z. B. große Verluste, Sperrdatei), und dass bei Delikten stringent erhoben wird, ob Glücksspiel als Tatmotiv vorliegt. Weiters wird vorausgesetzt, dass sich beide Datenquellen auf pseudonymisierter Basis verlinken lassen. Eine Schätzung wäre dann, wie in Abschnitt 3.1.1.2 beschrieben, möglich.

Abbildung 3.2:  
Prävalenzschätzung des pathologischen Glücksspiels mit der 2-Sample-Capture-Recapture-Methode



Legende: P = ausschließlich wegen glücksspielbezogenen Delikts angezeigt; B = ausschließlich vom Betreiber als pathologischer Glücksspieler / pathologische Glücksspielerin identifiziert; P × B = sowohl wegen glücksspielbezogenen Delikts angezeigt als auch ausschließlich vom Betreiber als pathologischer Glücksspieler / pathologische Glücksspielerin identifiziert

Quelle: GÖG-eigene Darstellung

Möchte man im Glücksspielbereich ein eSuchtmittel ähnliches System implementieren, wäre zunächst eine entsprechende gesetzliche Grundlage zu schaffen. Ein solches System könnte beispielsweise in einem ersten Schritt Spielsperren (zu melden von den Betreibern) und Delikte mit Glücksspielbezug (zu melden vom BMI) beinhalten.

Wieweit es gelingt, den Capture-Recapture-Zugang im Glücksspielbereich sinnvoll anzuwenden, ist nicht leicht abschätzbar. Die Rahmenbedingungen im Bereich der illegalisierten Drogen sind dafür erheblich günstiger als jene im Glücksspielbereich.

Eng verwandt mit dem Capture-Recapture-Ansatz ist der Multiplier-Ansatz (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 1997), und dessen Einsatz erscheint im Glücksspielbereich erheblich leichter umzusetzen. Bei diesem Ansatz erfasst man Personen mit dem Merkmal „pathologische Glücksspieler/-innen“ in einem gewissen Zusammenhang möglichst systematisch – z. B. über einen gewissen Zeitraum alle, die sich einer ambulanten oder stationären Behandlung unterziehen – und befragt pathologische Glücksspieler/-innen, die man unabhängig von Behandlungseinrichtungen vorfindet (z. B. Glücksspieler/-innen, die in Lokalen gesperrt wurden), ob sie im Referenzzeitraum in diesem Zusammenhang ebenfalls registriert wurden, in diesem Beispiel,

ob sie sich einer Behandlung unterzogen haben. Daraus kann man unter den gleichen Annahmen wie im Capture-Recapture-Ansatz hochrechnen, wie groß die Anzahl aller pathologischen Spieler/-innen ist, ohne dass man die beiden Datenbestände pro Fall verlinken muss.

In Bezug auf die **Behandlungsdaten** ließe sich auch DOKLI theoretisch im Wesentlichen eins zu eins auf den Glücksspielbereich übertragen. Es müsste nur ein das Glücksspielverhalten betreffendes geeignetes Fragenmodul entwickelt werden. Dass viele Einrichtungen sowohl Klientinnen und Klienten mit illegaler Drogenproblematik als auch Personen mit Glücksspielproblematik behandeln, würde diese Vorgangsweise erleichtern. Ein Hemmnis stellt dabei jedoch das Fehlen einer analogen gesetzlichen Bestimmung zum § 15 SMG für Spielsuchtbehandlungseinrichtungen dar. Hier wäre zu überlegen, ob es nicht seitens des Gesetzgebers sinnvoll wäre, auch im Bereich Glücksspielbehandlung ein ähnliches Gütesiegel (inklusive Dokumentationspflicht) zu entwickeln wie den § 15 SMG. Die geplante Umstellung von DOKLI auf eine zentrale Datensammlung könnte (sofern diese realisiert wird) ein guter Anknüpfungspunkt für die Einbeziehung von Glücksspielbehandlungsdaten in DOKLI sein.

Die im Bereich der illegalen Drogen relevanten Schlüsselindikatoren für negative Auswirkungen, „drogenbezogene Todesfälle und Mortalität“ sowie „drogenassoziierte Infektionskrankheiten“ sind nicht auf den Bereich Glücksspiel übertragbar. Denkbar wäre es, andere **negative Folgen des Glücksspiels** zu erheben wie etwa Verschuldung oder Straftaten (primär Eigentumsdelikte) infolge glücksspielbezogener Probleme, sofern die Ursachen dafür systematisch dokumentiert werden. Weitere Indikatoren wären Suizide, Beziehungsprobleme und Arbeitsplatzverlust aufgrund glücksspielbezogener Probleme.

---

**Zusammenfassung:** Die von den EMCDDA formulierten Schlüsselindikatoren zur Beschreibung der Situation der illegalen Drogen und Drogensucht sind grundsätzlich auch auf den Bereich des Glücksspiels anzuwenden. Bei Spielsüchtigen handelt es sich ebenfalls um eine Hidden Population, bei der ergänzend zu Bevölkerungsbefragungen alternative Methoden zur Prävalenzschätzung wie z. B. Multiplier-Ansätze sinnvoll sind. Die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage in Analogie zu den illegalen Drogen würde die grundsätzlich sinnvolle Erweiterung von DOKLI um den Bereich Glücksspiel und die systematische Erfassung von Behandlungsdaten im Glücksspielbereich erleichtern. Da es sich beim terrestrischen Glücksspiel um legales Verhalten handelt, während der Umgang mit illegalisierten Drogen grundsätzlich einen Straftatbestand darstellt, ist die systematische Erfassung problematischer und pathologischer Glücksspieler mit den beschriebenen Methoden allerdings weit schwieriger als die analoge Erfassung der Zahl der Problemdrogenkonsumenten/-konsumentinnen. Das schränkt die Möglichkeiten, deren Anzahl mit den beschriebenen Methoden zu schätzen, erheblich ein.

---

### 3.3 Glücksspielmonitoring international

Ein Monitoring des (problematischen bzw. pathologischen) Glücksspiels umfasst im Allgemeinen unterschiedliche Bereiche. Neben dem Monitoring des **Glücksspielverhaltens** sind dies ein Monitoring des **Glücksspielangebots** des jeweiligen Landes bzw. des **Versorgungsangebots** für problematische und pathologische Spieler und Spielerinnen.

Jene Aspekte, die sich international bei der Implementierung eines Glücksspielmonitorings als relevant erwiesen haben, werden auf Basis entsprechender Berichte aus einigen ausgewählten Staaten wie Australien, Neuseeland oder Großbritannien dargestellt. In einigen Ländern, die epidemiologische Daten in puncto Glücksspiel bzw. daraus resultierende Nachteile, etwa in Form problematischen/pathologischen Glücksspiels, erheben, sammeln und darstellen, werden die **Erfahrungen und Herausforderungen** damit, besonders in Bezug auf Erhebung, Konsistenz und Transparenz der Daten, dokumentiert und in entsprechenden Berichten zur Verfügung gestellt (u. a. Productivity Commission 2010b). Diese Erfahrungen stellen eine wichtige Basis für die Implementierung eines nationalen Monitorings im Bereich Glücksspiel dar.

Während einige Herausforderungen im Zusammenhang mit Glücksspielmonitoring universell sind, beruhen andere auf den konkreten **Rahmenbedingungen und den Rechtsprechungen** der jeweiligen Länder und sind aufgrund der spezifischen (gesetzlichen) Rahmenbedingungen nicht eins zu eins auf Österreich umzulegen. Dennoch ergeben sich auch dort, wo die gesetzlichen Rahmenbedingungen anders sind, nützliche Hinweise auf Herausforderungen, die es zu berücksichtigen gilt und die vor dem Hintergrund der nationalen Gegebenheiten zu bewerten sind. In Australien beispielsweise ist Glücksspiel gesetzlich auf Ebene der Bundesstaaten und nur in wenigen Bereichen auf nationaler Ebene geregelt. Wegen der unterschiedlichen Gesetzgebungen und unterschiedlichen zuständigen Behörden ist es schwierig, auf nationaler Ebene einen konsistenten Überblick über die Prävalenz des (problematischen bzw. pathologischen) Glücksspiels zu gewinnen (Productivity Commission 2010b). Ähnlich ist die Situation in Österreich, wo unterschiedliche Landesgesetzgebungen nicht nur bei der Erstellung und Auswertung der Daten, sondern auch unterschiedliche Akteure/Akteurinnen bei der Konsensfindung zu berücksichtigen sind.

Bei der Beschreibung des Glücksspielangebots sind nationale Unterschiede auch dahingehend von Bedeutung, dass es in manchen Staaten eine gesetzliche Verpflichtung zur Erhebung bestimmter Kriterien gibt, wobei mitunter deren Ausprägung gesetzlich geregelt ist, was deren Erfassung einfach macht, während diese Kriterien in anderen Staaten nur vergleichsweise mühsam zu erheben sind. Dies betrifft beispielsweise die Anzahl der aufgestellten Glücksspielautomaten, die in manchen Ländern der Zulassungsbehörde einzeln gemeldet werden müssen und deren Anzahl in manchen Ländern sogar gesetzlich festgelegt ist<sup>5</sup>.

---

5

In Österreich ist einerseits die Höchstzahl bewilligter Glücksspielautomaten (GSA) im Sinne der Landesauspielungen pro Bundesland in Abhängigkeit von der Einwohnerzahl gesetzlich festgelegt, und andererseits besteht für die Lizenznehmer eine Betriebspflicht, wodurch die Anzahl der betriebenen Landesglücksspielautomaten (L-GSA) für die Zulassungsbehörde jederzeit klar ist. Dies gilt allerdings nicht für GSA in der Zuständigkeit der Bundeskonzessionäre.

Längerfristige Aussagen über das Glücksspiel betreffende Entwicklungen werden dadurch erschwert, dass Quellen und Definitionen immer wieder abgeändert werden. Nur wenige Indikatoren stehen dann über einen längeren Zeitraum in konsistenter Form zur Verfügung.

Weltweit werden **unterschiedliche Datenquellen**<sup>6</sup> herangezogen, um Aussagen über die Prävalenz des problematischen/pathologischen Glücksspiels und die Charakteristik der betroffenen Spieler/Spielerinnen machen zu können (Productivity Commission 2010b):

- » Bei **Bevölkerungsbefragungen** (Kap. 4.1.1) werden Kriterien wie die Prävalenz des Glücksspiels in der Bevölkerung bzw. die Prävalenz des problematischen/pathologischen Spielverhaltens erhoben, wobei meist nach unterschiedlichen Spielformen oder den Ausgaben für Glücksspiel auf einer individuellen Ebene unterschieden wird (Williams et al. 2012).
- » Daten aus dem **Versorgungssektor** (Kap. 4.2) umfassen Daten über Spieler/Spielerinnen, die formelle Hilfe in Beratungs- und Behandlungseinrichtungen in Anspruch genommen haben. Daten aus den Einrichtungen werden oftmals verwendet, um die Effektivität dieser Angebote zu evaluieren (Productivity Commission 2010a).
- » Daten der **Glücksspielindustrie** (Kap. 4.3) umfassen zumeist Kriterien wie Umsatz, Steuereinnahmen durch Glücksspiel, die Anzahl von Glücksspielautomaten, die Anzahl von Spielsperren u. a. Diese Daten werden sowohl routinemäßig erfasst und dargestellt als auch zu bestimmten Fragestellungen in Beziehung gesetzt. Beispielsweise werden die Auswirkungen gesetzlicher, technischer Änderungen und neuer Angebotsformen auf die Glücksspielformen beschrieben oder jene des Rauchverbots auf die Einnahmen mit GSA (SACES 2005) untersucht.

Für die Auswertung und Aufbereitung der Daten zwecks Monitoring sind unterschiedliche **Institutionen** zuständig. Teilweise werden private Einrichtungen beauftragt, teilweise spezifische Forschungseinrichtungen im Auftrag der öffentlichen Hand<sup>7</sup>, und teilweise werden in diesem Zusammenhang staatliche Regulierungsbehörden<sup>8</sup> aktiv.

Große Bedeutung im Diskurs um Glücksspielmonitoring bzw. -forschung kommt der **Glücksspielindustrie** zu. Glücksspielunternehmen sind einerseits zwar wichtig hinsichtlich der Finanzierung von Forschungsprojekten und der Bereitstellung von Daten, aber gleichzeitig wird ihre Einbindung auch massiv kritisiert, weil es Bedenken bezüglich möglicher Einflussnahme auf Ergebnisse und grundsätzlicher Interessenkonflikte gibt.

Übliche Argumente für die Einbindung der Industrie bzw. für eine bessere Kooperation der Forscher/Forscherinnen und Regierungen mit dieser sind reibungslosere Abläufe bei der Erhebung bzw. dem Bereitstellen von Daten, eine höhere Bereitschaft der Anbieter, empfohlene Maßnahmen

---

6  
Diese jeweiligen Datenquellen werden in den folgenden Kapiteln detaillierter beschrieben.

7  
z. B. Australian Gambling Research Centre (AUS)

8  
z. B. Gambling Commission (UK)

(zu verantwortungsvollem Spielen) auch tatsächlich umzusetzen, und eine geringe Wahrscheinlichkeit, dass Forschungsergebnisse und -empfehlungen durch Vertreter/-innen der Industrie diskreditiert werden (Productivity Commission 2010b).

Übliche Argumente gegen die Einbindung der Industrie bzw. die Kooperation mit dieser sind Interessenkonflikte, die je nach Bereich unterschiedlich ausgeprägt und bei manchen Themenstellungen sehr stark sein können; z. B. wenn es darum geht, welche Kosten den Unternehmen durch die Umsetzung einer bestimmten Maßnahme entstehen (Productivity Commission 2010b). Aus diesen Gründen werden Ergebnisse von Studien, die in Kooperation mit der Glücksspielindustrie durchgeführt bzw. von dieser finanziert wurden, von vielen Beobachtern und Beobachterinnen als weniger verlässlich eingeschätzt. Aus diesen Gründen beteiligen sich manche Forscher/-innen bzw. Forschungseinrichtungen aus Überzeugung oder aufgrund interner Richtlinien nur dann an glücksspielbezogenen Forschungsprojekten, wenn keine Beteiligung der Glücksspielindustrie vorliegt (Productivity Commission 2010b). Kritiker/-innen beklagen zudem, dass bei industriefinanzierten Studien der Fokus vermehrt auf die individuellen Einflussfaktoren gerichtet wird, was suggeriert, dass zur Entwicklung problematischen Spielverhaltens primär individuelle Faktoren beitragen. Das lenkt vom Umstand ab, dass problematisches Glücksspiel immer als Resultat der Interaktion zwischen einem vulnerablen Individuum, den Spielangeboten und der Spielumgebung zu erklären ist (Abbott et al. 2004; Griffiths/Whitty 2010).

---

**Zusammenfassung:** Glücksspielmonitoring kann unterschiedliche Bereiche umfassen, wobei meist ein Monitoring des Glücksspielverhaltens, des Glücksspielangebots des jeweiligen Landes und des Versorgungsangebots für problematische und pathologische Spieler und Spielerinnen erfolgt. Als Datenquellen dienen Bevölkerungsbefragungen, Behandlungsdaten und Daten der Glücksspielindustrie. Während sich einige Herausforderungen beim Monitoring länderübergreifend ergeben, entstehen andere aufgrund unterschiedlicher Rahmenbedingungen und Rechtsprechungen. Die Rolle der Glücksspielindustrie nimmt einen zentralen Stellenwert im Diskurs um ein Glücksspielmonitoring ein.

---

## 4 Theoretische Grundlagen von Datenquellen und Schlüsselindikatoren im Bereich Glücksspiel

Im folgenden Kapitel werden **ausgewählte Schlüsselindikatoren** und Kriterien, relevante **Quellen** zur Gewinnung der entsprechenden Daten und **Diskurse über methodische Herausforderungen** im Zusammenhang mit diesen Indikatoren dargestellt. Zudem werden verfügbare Datenquellen in Österreich und deren Rahmenbedingungen beschrieben.

### 4.1 Glücksspielbezogene Befragungsdaten

Die Prävalenz von Glücksspiel bzw. problematischem/pathologischem Glücksspielverhalten in der Bevölkerung wird, wie bereits erwähnt, derzeit weltweit primär über Bevölkerungsbefragungen ermittelt. Ergänzend werden dabei häufig Details wie etwa die Prävalenz unterschiedlicher Spielformen oder die Ausgaben für Glücksspiel erhoben (Williams et al. 2012).

Auf Repräsentativbefragungen basierende Daten in Bezug auf Prävalenz und problematische Ausprägungen des Glücksspiels zielen nach Williams/Volberg (2010) auf ein besseres Verständnis des Stellenwerts von Glücksspiel in der Gesellschaft bzw. der Ausprägung problematischen/pathologischen Spielverhaltens, sie identifizieren Glücksspielarten, die am häufigsten mit dysfunktionalem Spielverhalten assoziiert sind, und sie tragen dazu bei, den Bedarf an Beratungs- und Behandlungsangeboten einzuschätzen. Die Autoren/Autorinnen vertreten weiters, dass derart gewonnene Prävalenzraten das problematische/pathologische Glücksspielverhalten betreffend zu unterschiedlichen Erhebungszeitpunkten bzw. in unterschiedlichen Rechtssystemen oft auch dazu herangezogen werden, die Inzidenz abzuschätzen bzw. die Effektivität von Maßnahmen zu beurteilen, die zur Reduktion glücksspielbezogenen Schadens implementiert wurden. Diese Erwartungen sind angesichts deutlicher methodischer Einschränkungen allerdings nur bedingt realistisch (Kap. 4.1.1).

Angesichts der bedingten Eignung von Bevölkerungsumfragen, wenig prävalente problematische Verhaltensweisen wie die Verbreitung des pathologischen Glücksspiels in der Bevölkerung zu erfassen, werden alternative Methoden in diesem Zusammenhang zwar zusehends erwogen, wurden aber bis dato kaum umgesetzt. Als alternative Methoden gelten insbesondere indirekte Methoden, wie Capture-Recapture, Multiplier-Methoden, aber auch Schneeballverfahren, Schwerpunktbefragungen usw. Die Vor- und Nachteile dieser Methoden sowie deren Anwendbarkeit im Zusammenhang mit der speziellen Fragestellung werden in der Folge diskutiert und bewertet.

## 4.1.1 Methodische Überlegungen betreffend Bevölkerungsbefragungen

Bevölkerungsbefragungen mit einem hinreichend großen Stichprobenumfang ermöglichen zwar einen guten Überblick über das Verhalten der Durchschnittsbevölkerung, aber nur einen begrenzten Überblick über bedenkliche Verhaltensweisen von Problemgruppen. Hinsichtlich Bevölkerungsbefragungen als Grundlage für Angaben zur Prävalenz problematischen bzw. pathologischen Glücksspiels gibt es zahlreiche kritische Aspekte (Puhm/Uhl 2017).

So ist es nicht möglich, mit Bevölkerungsumfragen einen repräsentativen Querschnitt der Bevölkerung zu erreichen, da bestimmte Subgruppen der Bevölkerung bevorzugt teilnehmen und andere die Teilnahme überwiegend verweigern. Besonders stark **unterrepräsentiert** sind Personen mit einer Suchtproblematik und jene, die teilnehmen, geben fremden Interviewern/Interviewerinnen gegenüber ihr Problemverhalten nur selten uneingeschränkt zu. Das betrifft nicht nur Personen mit stoffgebundenen Süchten, sondern auch problematische und ganz besonders pathologische Spieler/Spielerinnen (Diekmann 2007).

Zieht man Prävalenzschätzungen auf Basis von Bevölkerungsstudien dazu heran, Trends zu veranschaulichen oder die Auswirkungen unterschiedlicher gesetzlicher Rahmenbedingungen auf das Glücksspielverhalten der Bevölkerung zu erfassen, wie das z. B. Williams et al. (2012) beschreiben, müssen einige Aspekte berücksichtigt werden. Zum einen wird bei niedrig prävalenten Phänomenen wie dem problematischen und pathologischen Glücksspiel das tatsächliche Problemausmaß in der befragten Stichprobe aus statistischen Gründen systematisch überschätzt, und zum anderen findet infolge des Umstandes, dass problematische und pathologische Spieler/-innen bei Bevölkerungsstudien stark unterrepräsentiert sind, eine Verzerrung in die entgegengesetzte Richtung statt (Uhl 2014). Ohne aufwändige Validierung kann man nur mutmaßen, ob es insgesamt zu einer Unterschätzung oder Überschätzung kommt. Die Unsicherheit der Ergebnisse wird recht anschaulich, wenn man sich vergegenwärtigt, dass ein Prozent – in diesem Größenbereich wird problematisches und pathologisches Spielen in der Bevölkerung meist verortet – in einer Stichprobe von 2000 Personen einer Anzahl von 20 Personen entspricht. Werden zufällig nur zwei Personen mehr oder weniger als problematische oder pathologische Spieler/-innen klassifiziert, so bewirkt das bereits eine Verschiebung der ausgewiesenen Prävalenzrate um 10 Prozent.

Die gemessenen Prävalenzraten bei Bevölkerungsbefragungen sind auch noch durch weitere Aspekte beeinflusst:

- » Unterschiede bei **standardisierten Screening-Instrumenten**, die das tatsächliche Ausmaß der Problematik mehr oder weniger über- bzw. unterschätzen, unter anderem weil unterschiedliche Trennscores herangezogen werden (Puhm/Uhl 2017; Williams et al. 2012)
- » Unterschiede bei der **Konsistenz der Fragen** und deren **Anordnung** bzw. den **zugrunde liegenden Definitionen** (z. B. häufige/gelegentliche Spieler/-innen; Productivity Commission 2010b; Williams et al. 2012)
- » Unterschiede bei **Untersuchungsmerkmalen** wie etwa Ausschlusskriterien, Abwicklung der Untersuchung oder Referenzzeitraum (Sassen et al. 2011)



- » Unterschiede bei den in die Befragung **inkludierten Glücksspielangeboten** (Productivity Commission 2010b)
- » Unterschiede bei der **Stichprobenauswahl bzw. Erhebungsmethode** (Festnetz vs. Mobiltelefone; Jackson et al. 2014)

Häufig wird die Prävalenz von Glücksspielproblemen im Rahmen von Bevölkerungsbefragungen zu allgemeinen Gesundheitsthemen erhoben. Aufgrund der meist vielfältigen Themenbereiche, die bei allgemeinen Surveys abgedeckt werden, kann kein langes Screening-Instrument zur Erfassung von Glücksspielverhalten verwendet werden. Oft werden deshalb kürzere Instrumente wie der PGSI<sup>9</sup> anstelle aufwändigerer Instrumente wie des SOGS eingesetzt, was den Unsicherheitsbereich vergrößert und internationale Vergleiche erschwert (Ministry of Health 2004).

In einem Bericht der australischen Productivity Commission kritisieren die Autoren/Autorinnen den eingeschränkten **Zugang zu den bei Bevölkerungsbefragungen erhobenen Daten** (Productivity Commission 2010b). Die Auftraggeber, oft Regierungsbehörden, rechtfertigt dieses Vorgehen häufig damit, dass mit der Datenerhebung keine akademischen oder kommerziellen Fragestellungen intendiert wurden, sondern dass primär politische Entscheidungen überprüft wurden und dass das Zurverfügungstellen dieser Daten aus Datenschutzerwägungen nicht infrage kommt. Dieser restriktive Umgang verhindert, dass weitere Fragestellungen ausgewertet werden können.

Erhebungen bezüglich der Nutzung von Angeboten im Bereich Glücksspiel bzw. Onlineglücksspiel mit teils unplausiblen Prävalenzen machen deutlich, dass die Fragestellungen bzw. die Beschreibung der Angebote weiter geschärft werden müssen, um die Verlässlichkeit der Ergebnisse zu verbessern. Dies wird etwa im Zuge von Vorarbeiten für den nächsten GPS bzw. für ESPAD stattfinden. Zur **Verbesserung der Aussagekraft von Bevölkerungsbefragungen** formuliert die australische Productivity Commission (2010b) verschiedene Empfehlungen: Die Befragungen in den einzelnen Bundesstaaten sollten zum gleichen Zeitpunkt, mit den gleichen Stichprobenverfahren und mit einem in allen Bundesstaaten einheitlichen Kerndatensatz stattfinden. Sie können bei Bedarf von einzelnen Bundesstaaten um Fragenmodule ergänzt werden, etwa um regionale Initiativen/Maßnahmen zu evaluieren. In Bezug auf die **Finanzierung** schlägt die Productivity Commission (2010b) vor, dass die Erhebung des Kerndatensatzes durch den Bund und die Erhebung etwaiger zusätzlicher Fragenmodule durch den jeweiligen Bundesstaat übernommen werden sollte.

## 4.1.2 Bevölkerungsbefragungen in Österreich

Daten betreffend die Prävalenz von Glücksspiel bzw. problematischem/pathologischem Glücksspielverhalten in der österreichischen Bevölkerung liefern Repräsentativbefragungen, die entweder ausschließlich auf Glücksspiel oder allgemein auf Substanzkonsum fokussieren.

---

9

Der Problem Gambling Severity Index (PGSI) umfasst neun Items und ist eine Subskala des Canadian Problem Gambling Index (CPGI).

## Österreichweite Repräsentativbefragungen speziell zum Glücksspiel

Bis dato wurden zwei österreichweite repräsentative Bevölkerungsbefragungen zur Prävalenz von Glücksspiel und problematischem/pathologischem Glücksspielverhalten durchgeführt, die ausschließlich auf Glücksspiel abzielen (Kalke et al. 2011; Kalke/Wurst 2015). Untersucht wurde dabei die Bevölkerung zwischen 14 und 65 Jahren. Dabei wurden unter anderem die Spielteilnahme, das Ausmaß des Problemspielverhaltens, Risiko- und Schutzfaktoren und die Zustimmung der Befragten zu Maßnahmen der Glücksspielsuchtprävention erhoben. Die Darstellung einiger zentraler Ergebnisse erfolgt in Kapitel 5.

## ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs)

ESPAD stellt die weltweit größte Schülerbefragung zum Konsum von und zu Einstellungen zu legalen sowie illegalen psychoaktiven Substanzen dar. Diese Erhebung findet alle vier Jahre in zahlreichen Ländern statt und wurde in Österreich in den Jahren 2003, 2007 und 2015 durchgeführt. Die Stichprobe setzt sich aus Schülerinnen und Schülern der neunten und zehnten Schulstufe aus allen Schultypen zusammen. Um einen internationalen Vergleich zu gewährleisten, gibt es einen Kern an identischen Fragen, der bei Bedarf auf nationaler Ebene um spezifische Fragestellungen erweitert werden kann.

Bei der Befragung im Jahr 2015 wurden in Österreich zum ersten Mal auch Fragen zum Thema Glücksspiel gestellt (Strizek et al. 2016). Diese beziehen sich auf die Teilnahme sowohl an terrestrischem als auch an Onlineglücksspiel.

## Repräsentativerhebung zu Substanzkonsum

Die Repräsentativerhebung zu Substanzkonsum richtet sich an die Zielgruppe der österreichischen Wohnbevölkerung ab 15 Jahren. Bei der Erhebung 2015 wurden erstmals Fragen zu Glücksspiel und Sportwetten inkludiert (Strizek/Uhl 2016).

---

**Zusammenfassung:** Die Prävalenz der Teilnahme an (problematischem/pathologischem) Glücksspiel wird zumeist mittels Bevölkerungsbefragungen erhoben. Grundsätzlich steht auch eine Reihe anderer Methoden, etwa das Multiplier-Verfahren, zur Verfügung, die in diesem Zusammenhang aber bis dato kaum zum Einsatz kamen. Die Ergebnisse von Prävalenzstudien bzw. -schätzungen, basierend auf Repräsentativerhebungen, sind aufgrund verschiedener methodischer Probleme nur sehr bedingt geeignet, Entwicklungen und Trends im Bereich des problematischen Glücksspiels zu beschreiben. Für Österreich gibt es aktuell zwei Repräsentativuntersuchungen zum Thema Glücksspiel, das in den kommenden Repräsentativerhebungen bezüglich Substanzkonsum einen wesentlichen Stellenwert einnehmen wird.

---

## 4.2 Glücksspielbezogene Behandlungsdaten

### 4.2.1 Methodische Überlegungen betreffend Behandlungsdaten

Stichproben von Spielern/Spielerinnen, die formelle Hilfsangebote in Anspruch nehmen, sind stark selektiert. Mit Routinedaten aus Beratungs- und Behandlungseinrichtungen werden lediglich die Spieler/-innen in Behandlung erfasst, die nur **einen kleinen Teil der problematischen bzw. pathologischen Spieler/-innen** repräsentieren. Schätzungen zufolge nehmen nur etwa 10 % der betroffenen Spieler/-innen formelle Hilfe in Anspruch (Productivity Commission 2010a; Slutske 2006). Behandelte und unbehandelte Spieler/-innen unterscheiden sich unter anderem in Bezug auf den Schweregrad der Störung und die Intensität des Spielens. Spieler/-innen jüngeren Alters mit geringem Problembewusstsein oder Spieler/-innen mit Migrationshintergrund werden am wenigsten von formellen Hilfsangeboten erreicht (Braun et al. 2014).

Erfahrungen zeigen, dass Einrichtungen – selbst jene, für die Dokumentation gesetzlich verpflichtend vorgeschrieben ist – eine unterschiedlich hohe Bereitschaft zur Dokumentation aufweisen, was sich auf die Qualität der Daten erheblich auswirkt (UNODC 2006). Erfolgt die Dokumentation ausschließlich auf freiwilliger Basis, ist von besonders starkem Underreporting auszugehen. Verstärktes Underreporting kann aber auch Folge einer starken bürokratischen Zusatzbelastung oder eines Personalwechsels in der Einrichtung sein.

Daten aus Behandlungseinrichtungen spiegeln daher nur begrenzt das Ausmaß der tatsächlichen Problematik Spielsüchtiger und die Zusammensetzung der Spielsüchtigenpopulation wider. Auch **andere Einflussgrößen** sind bei der Interpretation der Daten zu berücksichtigen (UNODC 2006):

- » Die Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten kann eine **unterschiedliche Sensibilisierung für das Thema Glücksspiel**, einen **unterschiedlichen Bekanntheitsgrad der Einrichtung**, deren **Erreichbarkeit** (SACES 2005; UNODC 2006), **veränderte Ressourcen der Einrichtung** oder **deren Attraktivität** widerspiegeln.
- » Der Ausbau spielsuchtspezifischer Angebote kann bei einer gleichbleibenden Anzahl hilfesuchender Spieler/Spielerinnen zu deren **Umverteilung** auf unterschiedliche Angebote und zu einer geringeren Inanspruchnahme pro Einrichtung führen. Auch eine Verschiebung vom ambulanten in den stationären Bereich bzw. umgekehrt ist denkbar.
- » Veränderungen bei der Population einer Einrichtung – etwa ein Anstieg junger Klienten/Klientinnen – spiegeln nicht zwingend eine steigende Prävalenz des pathologischen Glücksspiels in dieser Altersgruppe wider, sondern können auch aus dem Umstand resultieren, dass die Gruppe **mit gezielten Angeboten der Einrichtung besser erreicht** wurde (UNODC 2006).
- » Einrichtungen richten sich mitunter an eine ganz bestimmte Subgruppe von Spielern/Spielerinnen, deren Daten daher in Bezug auf die Gruppe aller (hilfesuchenden) Spieler/-innen nur bedingt aussagekräftig sind (UNODC 2006). Beispielsweise können Daten von Einrichtungen oder Angeboten, die sich primär an Spieler/-innen einer Glücksspielform richten, nichts über Trends in anderen Bereichen aussagen.

- » Bei der Darstellung der Behandlungszahlen in Österreich nach Bundesland sind zusätzlich zu den eben beschriebenen Faktoren auch noch die unterschiedliche Finanzierungssituation und die unterschiedlichen Kostenübernahmeregeln der Sozialversicherungsträger zu berücksichtigen.

Zudem gilt es zu bedenken, dass Veränderungen innerhalb der Gruppe der problematischen bzw. pathologischen Spieler/-innen Zeit benötigen, bis sie sich in der Behandlung abbilden (UNODC 2006). Veränderungen wirken sich zunächst vor allem auf die Inzidenz und nur verhältnismäßig langfristig auf die Prävalenz aus, d. h. selbst doppelt so viele neue pathologische Spieler/-innen in einem Jahr verändern die Gesamtzahl der pathologischen Spieler/-innen kurzfristig nur geringfügig.

Im Bereich Glücksspiel wird etwa im Zuge des Verbots von Landesauspielungen in Wien die Vermutung geäußert, dass sich die Verschiebung zu funktional äquivalenten Angeboten wie etwa Sportwetten erst mit einiger zeitlicher Verspätung in einer Zunahme der Zahl der Klienten/Klientinnen in Beratungs- und Therapieeinrichtungen niederschlagen wird (Puhm/Uhl 2016).

Im Zusammenhang mit therapeutischen Beratungs- und Behandlungsangeboten für Spieler/-innen ist aber nicht die Prävalenz des Problems in der Bevölkerung am wichtigsten – auch wenn immer wieder argumentiert wird, dass die Prävalenzen einen wichtigen Beitrag zur Therapieplanung darstellen –, sondern die Qualität und Auslastung der bestehenden Angebote. Es hilft wenig, zu wissen, wie viele Betroffene therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen sollten, wenn ein Großteil das Angebot gar nicht in Anspruch nimmt. Übersteigt der Bedarf das Angebot deutlich – also bestehen lange Wartezeiten und Wartelisten –, so ist es zweckmäßig, das Behandlungsangebot auszuweiten, und ist das Gegenteil der Fall, so ist es sinnvoll, Angebote zurückzufahren. Das hängt natürlich auch mit der Qualität, der Anzahl der Behandlungsplätze und der Erreichbarkeit zusammen. Ist die nächste Behandlungsmöglichkeit unzumutbar weit entfernt, wird sie auch bei dringendem Bedarf kaum angenommen werden, und das Gleiche gilt, wenn die Angebote so gestaltet sind, dass diese von der potenziellen Klientel als unattraktiv erlebt werden.

Aus diesen Überlegungen ergibt sich, dass nicht nur die Bedarfsseite (Prävalenz behandlungsbedürftiger Glücksspieler/-innen), sondern auch die Angebotsseite (räumliche Aspekte des Beratungs- und Behandlungsangebots, dessen Qualität und Auslastung) wissenschaftlich erfasst werden sollte.

## 4.2.2 Rahmenbedingungen in Österreich

### Heterogene Versorgungsangebote

In Österreich wird die Beratung und Behandlung problematischer und pathologischer Spieler/-innen durch verschiedene Einrichtungen bzw. Angebote abgedeckt. Oftmals sind diese Angebote im Bereich der traditionellen Suchthilfe verankert, wobei die Angebotspalette etablierter **ambulanter und stationärer Einrichtungen der Suchthilfe** zusehends um Angebote für Personen mit Glücksspiel-

problemen erweitert wurde. Ergänzt werden diese Angebote um **spezifische** (ambulante) **Beratungs- bzw. Behandlungsangebote** ausschließlich für **Spieler/-innen** wie etwa bei der Spielsuchthilfe Wien. Weitere Angebote für Spieler/-innen sind im **Bereich der Selbsthilfe** angesiedelt oder stehen in Form telefonischer **Helplines** zur Verfügung. In **Einrichtungen außerhalb der Suchthilfe**, deren Klientel aber zu einem nicht unwesentlichen Teil aus Spielern/Spielerinnen besteht, wurden in den letzten Jahren ebenfalls vereinzelt spezifische Angebote für Spielsüchtige entwickelt. Solche Einrichtungen sind z. B. einige Schuldnerberatungsstellen, die sich nicht nur mit der Schuldenlast, sondern auch mit deren Ursachen auseinandersetzen und mit Behandlungsangeboten für pathologische Spieler/-innen kooperieren.

### Heterogene Datenquellen

Die **heterogene Angebotsstruktur** ohne institutionsübergreifende Koordinierung der Dokumentation führt zu recht **unterschiedlichen Datenbeständen und Erhebungsmodalitäten**, die einen einheitlichen Überblick über alle Behandlungseinrichtungen erschweren.

Für stationär behandelte Spieler/-innen ist primär die **Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten (DLD)** relevant, die neben der Haupt- bzw. Nebendiagnose Spielsucht auch Alter, Geschlecht, Wohnort sowie weitere Diagnosen bereitstellt. Diese Diagnosestellung muss bei der Entlassung aus Krankenanstalten verbindlich durchgeführt werden und ist, da die Diagnosen Abrechnungsgrundlagen darstellen, relativ vollständig. Die Daten der DLD werden vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen (BMASGK) gesammelt und liegen ab August des Folgejahres vor. Bei der Auswertung der DLD für epidemiologische Zwecke ist zu berücksichtigen, dass es aufgrund bestimmter Anreize des Krankenhausfinanzierungssystems zu Modediagnosen kommen kann. Da Eintragungs- und Übertragungsfehler nicht auszuschließen sind, finden sich vereinzelt auch nicht eindeutig zuordenbare Diagnosen oder Fehldiagnosen<sup>10</sup>. Zudem hängt die Wahrscheinlichkeit, dass eine bestimmte zusätzliche Störung kodiert wird, von der diagnostizierenden Abteilung ab.

In der Regel gibt es sowohl in ambulanten als auch stationären Einrichtungen eine mehr oder weniger detaillierte **einrichtungsinterne Dokumentation**. Diese basiert meist auf individuellen, selbstentwickelten Instrumenten und ermöglicht mehr oder weniger detaillierte Aussagen über Spieler/-innen in Behandlung. Die Auswertung bzw. Darstellung der Daten erfolgt in den meisten Fällen durch die jeweilige Einrichtung selbst.

2009 hat die Steiermark im Bereich Glücksspiel ein koordiniertes Vorgehen beschlossen und im Auftrag des Gesundheitsressorts des Landes Steiermark eine Fachstelle für Glücksspielsucht gegründet. Deren Hauptaufgabe ist neben der Vernetzung der unterschiedlichen Akteure und Akteurinnen die einheitliche und systematische Dokumentation der Beratung und Behandlung von

---

10

Im Zusammenhang mit Glücksspiel zeigt die DLD beispielsweise in der Altersgruppe der bis Zehnjährigen drei, in der Altersgruppe der 10- bis 14-Jährigen 13 Aufenthalte mit F63.0 als Hauptdiagnose, was sachlich nicht möglich ist.

Spieler/-innen in steirischen Einrichtungen. Die von der Fachstelle gesammelten Daten werden von dieser ausgewertet und u. a. in Form von Jahresberichten auf ihrer Webseite<sup>11</sup> veröffentlicht.

Eine wesentliche Herausforderung beim Vergleich und bei der Zusammenfassung von Daten aus dem stationären Bereich und aus unterschiedlichen nichtstationären Beratungs- und Behandlungseinrichtungen ist, dass sich, wie erwähnt, die **internen Erhebungsmodalitäten** teilweise gravierend unterscheiden.

Diese Unterschiede betreffen zum einen die vorgesehenen **Items** und zum anderen **deren Formulierungen** in den unterschiedlichen Befragungsinstrumenten. In der Vergangenheit gab es zwar Bestrebungen einiger österreichischer Einrichtungen, die Dokumentation zu vereinheitlichen, verschiedene Gründe verhinderten aber den Erfolg dieses Vorhabens, u. a. folgende:

- » Die Einrichtungen zeigen trotz eines grundlegenden Interesses an einer Vereinheitlichung recht unterschiedliche Bereitschaft, Änderungen der eigenen Erhebungsmodalitäten einzuführen. Hier steht primär das Argument der Zeitreihenbrüche innerhalb der Einrichtung im Vordergrund.
- » Die vereinheitlichten Items werden sukzessive an die Gegebenheiten der Einrichtung bzw. an die Klientel angepasst. Besonders wenn die mit der Vereinheitlichung befassten Personen nicht mehr Teil des Teams sind, sind die ursprünglichen Überlegungen, die den Entscheidungen für bestimmte Items und Formulierungen zugrunde lagen, den Behandlern/Behandlerinnen nicht mehr bekannt.

Unterschiede ergeben sich auch durch die **Rahmenbedingungen**.

Die grundsätzliche **Bereitschaft** von Behandlern/Behandlerinnen **zur Dokumentation** ergibt sich nicht nur aufgrund unterschiedlicher Verpflichtungen, sondern auch deshalb, weil die Informationen in der Regel als wesentlich für die Planung von Interventionen und der weiteren (therapeutischen) Vorgehensweise erlebt werden (Puhm/Uhl 2017). Da der Nutzen der Daten von unterschiedlichen Personen unterschiedlich erlebt wird, ist die **Motivation**, die Daten valide zu erheben, unterschiedlich stark ausgeprägt.

Als problematisch im Zusammenhang mit Dokumentationssystemen wird oft der damit verbundene **zeitliche Mehraufwand** genannt. Dieser wird angesichts ohnehin knapper Ressourcen als besondere Herausforderung erlebt. Dabei ist auch noch zwischen der Erhebung und der Auswertung bzw. Darstellung der Daten zu unterscheiden: Einige Behandler/-innen beurteilen den zeitlichen Mehraufwand durch die Erhebung zwar als eher gering, problematisieren allerdings den erheblichen Mehraufwand für die Auswertung und Darstellung der Daten. Während die grundlegenden Informationen, die dokumentiert werden müssen, ohnehin in Anamnesegesprächen erhoben werden müssen, wird die Auswertung der Daten von den Behandlern/Behandlerinnen als Zusatzauf-

---

11  
[www.fachstelle-gluecksspielsucht.at](http://www.fachstelle-gluecksspielsucht.at)

gabe gesehen, für die zusätzliche Ressourcen erforderlich sind, die aber in den meisten Einrichtungen nicht zur Verfügung stehen. Behandler/-innen äußerten die Befürchtung, dass eine verpflichtende Auswertung ohne zusätzliche Ressourcen ihre Behandlungsqualität nachhaltig reduzieren könnte.

Besonders schwer fällt der Dokumentationsaufwand im ambulanten Setting ins Gewicht, in dem die pro Klienten/Klientin zur Verfügung stehende Zeit deutlich geringer ist. Behandler/-innen kritisieren dementsprechend, dass von (lokal)politischer Ebene die Notwendigkeit zur Erhebung immer umfangreicherer Daten geäußert wird, ohne gleichzeitig die nötigen Ressourcen zur Verfügung zu stellen (Puhm/Uhl 2017). Auch werden Bedenken geäußert, dass eine zu detaillierte Eingangserhebung bzw. „viele Fragebögen“ bei Erstkontakten abschreckend auf hilfesuchende Spieler/-innen wirken könnten (Puhm/Uhl 2017).

### Zugang zu Daten aus dem Versorgungssektor

Internationale Erfahrungen im Bereich der illegalen Substanzen (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 1999) und im Bereich des Glücksspiels zeigen, dass Prävalenzschätzungen bzw. die Charakterisierung Betroffener auf Basis von Daten aus Versorgungseinrichtungen nur in **enger Kooperation** mit diesen durchgeführt werden können, da für diese Zwecke eine Vertrauensbasis erforderlich ist. Ein erhebliches Problem in diesem Zusammenhang ist, dass manche Einrichtungen auch bei der Weitergabe anonymer oder aggregierter Daten datenschutzrechtliche Bedenken haben. Dazu kommt, dass es in manchen Einrichtungen Personen gibt, die die Daten für eigene wissenschaftliche Publikationen verwenden wollen und diese daher nicht aus der Hand geben wollen. Auch dass manche in diesem Zusammenhang das Gefühl haben, dass es weniger um epidemiologische Forschung als um eine Evaluation der Qualität der Einrichtungen geht (Productivity Commission 2010b), wirkt sich hier negativ aus. Letzteres begünstigt auch noch systematische Verzerrungen, um die Einrichtung in ein positiveres Licht zu rücken.

Um Widerstände zu vermeiden, sollte die Sammlung der Daten für die Beratungs- und Behandlungseinrichtungen einen klar erkennbaren Mehrwert haben, der gemeinsam mit diesen zu konkretisieren ist. Dieser Mehrwert kann sich unterschiedlich gestalten. So werden in Österreich im Bereich der Drogenhilfe die Ergebnisse seit längerem im Rahmen einer Tagung, an der Behandler/Behandlerinnen teilnehmen können, und über jährliche Berichte zeitnah zur Verfügung gestellt.

Widerstände, Daten für eine gemeinsame Dokumentation zur Verfügung zu stellen, können, wie zuvor erwähnt, auch mit der Finanzierung in Zusammenhang stehen. Erfahrungen im Bereich des Monitorings illegaler Substanzen zeigen, dass Schwierigkeiten minimiert werden können, wenn unterschiedliche Geldgeber oder ein durch unterschiedliche Geldgeber finanzierter Fond für die Finanzierung des Monitorings zuständig ist. Hilfreich ist zudem, wenn diese auch die jeweiligen Einrichtungen finanzieren (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 1999).

Um den unterschiedlichen Ansprüchen und Verwendungszwecken der einzelnen Einrichtungen gerecht zu werden und gleichzeitig vergleichbare Daten zu erhalten, empfiehlt die australische Productivity Commission (2010b) die Erhebung eines minimalen Kerndatensatzes, der bei Bedarf

von den Einrichtungen um jene Daten ergänzt werden kann, die sie für ihre Zwecke als notwendig erachten.

---

**Zusammenfassung:** Die Versorgung Spielsüchtiger erfolgt in verschiedenen Einrichtungen, die über unterschiedliche Erhebungsmodalitäten verfügen. Uneinheitliche Dokumentationssysteme erschweren einen systematischen Überblick über die Gesamtsituation der pathologischen Spieler und Spielerinnen. Unterschiede bestehen bezüglich der erhobenen Items, deren Formulierung und des vorgesehenen Verwendungszwecks der Daten. Die Gewinnung von Daten im Sinne eines systematischen Monitorings ist nur in enger Kooperation mit den jeweiligen Einrichtungen möglich.

---

### 4.3 Glücksspielbezogene Anbieterdaten

Glücksspielbezogene Anbieterdaten erlauben Aussagen einerseits **zum Monitoring des Glücksspielangebots** (wirtschaftliche Kennzahlen) und andererseits **zum Monitoring des Glücksspielverhaltens** (Daten auf Basis von Spielerkonten).

In einigen Ländern wie z. B. Australien, Neuseeland oder Großbritannien haben sich **wirtschaftliche Kennzahlen der Glücksspielindustrie** wie etwa die Anzahl der von ihnen betriebenen Glücksspielautomaten (GSA) oder die Bruttospielerträge<sup>12</sup> (tlw. nach unterschiedlichen Glücksspielangeboten) eines Unternehmens als wichtiger Teil eines Glücksspielmonitorings etabliert. In manchen Ländern besteht für die Anbieter eine gesetzliche oder im Bewilligungsbescheid festgehaltene Verpflichtung, diese Angaben den zuständigen Glücksspielbehörden<sup>13</sup> zu übermitteln, die diese dann sammeln, auswerten und der Öffentlichkeit zur Verfügung stellen. Ein weiterer Zugang ist die Sammlung von Daten, die die Anbieter z. B. in ihren Jahresberichten öffentlich zugänglich machen (Productivity Commission 2010b). Darüber hinaus stellen Glücksspielunternehmen auf freiwilliger Basis mitunter Daten wie etwa die Umsätze, aufgeschlüsselt nach unterschiedlichen Spielsegmenten, zur Verfügung.

Die **Spielerträge** von Glücksspielbetreibern sind den Anbietern, und im legalen Bereich auch den Finanzbehörden, bekannt. Erstere sind teilweise nicht bereit, diese öffentlich zu machen, und den Finanzbehörden sind diesbezüglich die Hände teilweise gebunden, wenn die Betriebe ihre Ergebnisse nicht bekanntgeben wollen. Die Einnahmen des Staates durch **glücksspielbezogene Steuern und Abgaben** stellen einen wesentlichen Teil der staatlichen Einnahmen dar und können, wenn es sich um eindeutig glücksspielbezogene Steuern und Abgaben handelt, von den Finanzbehörden

---

12  
GGY-gross gambling yield; Einsätze minus ausgezahlte Gewinne

13  
beispielsweise die britische Gambling Commission



leicht gesondert ausgewiesen werden. Weit schwieriger ist es, unspezifische Steuern, die im Zusammenhang mit Glücksspiel ebenfalls anfallen wie z. B. Lohnsteuer, Einkommensteuer, Umsatzsteuer etc. auszuweisen. Hier sind maximal grobe Schätzungen möglich.

Ein weiterer zentraler Indikator im Rahmen eines **Monitorings des Glücksspielangebots** ist die **Verfügbarkeit von Glücksspielangeboten**.

Daten, die den **terrestrischen Glücksspielsektor** auf regionaler bzw. nationaler Ebene beschreiben, werden häufig dazu genutzt, um Zusammenhänge zwischen der Verfügbarkeit von (bestimmten) Glücksspielangeboten wie beispielsweise Glücksspielautomaten und dem Auftreten problematischen Glücksspielverhaltens zu untersuchen. Die Ergebnisse bilden für politische Entscheidungsträger/-innen eine Basis zur Evaluation bereits umgesetzter Maßnahmen bzw. eine Entscheidungsgrundlage für die Planung von (regulatorischen) Maßnahmen.

Hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Glücksspielangeboten und Spielproblemen werden primär zwei Theorien diskutiert: **Expositionsmodelle** postulieren, dass eine größere Verfügbarkeit von Angeboten zur Zunahme des problematischen/pathologischen Glücksspielverhaltens führt, während **soziale Anpassungsmodelle** davon ausgehen, dass Individuen und die Bevölkerung sich im Laufe der Zeit an veränderte Angebote anpassen und Einschränkungen des Angebots durch die Wahl äquivalenter Angebote kompensieren. Im Sinne dieser Modelle können neue Angebote zwar zusätzliches Interesse auslösen, d. h. es kann vorübergehend zu einer Steigerung des Glücksspielverhaltens kommen, aber durch zunehmende Anpassung verlieren diese Angebote längerfristig wieder an Reiz. Letzterem Modell entsprechend kann das problematische Glücksspielverhalten auch bei steigender Verfügbarkeit des Glücksspiels stagnieren oder rückläufig sein (Shaffer et al. 2004; Storer et al. 2009). Einige Autoren/Autorinnen vertreten im Sinne des Expositionsmodells hingegen die Meinung, dass eine höhere Verfügbarkeit grundsätzlich zu einem Anstieg der Prävalenz von Spielproblemen führen muss (Volberg 2000).

Zwischen diesen beiden Extremen gibt es Autoren/Autorinnen, die die komplexen Zusammenhänge zwischen Verfügbarkeit von Glücksspiel und Spielproblemen betonen und, im Sinne eines Zusammenwirkens des Expositionsmodells mit dem Anpassungsmodell, auch auf andere zentrale Einflüsse wie die Expositionsdauer hinweisen. Letztere vertreten die Anschauung, dass es im Zuge eines Anpassungsprozesses z. B. zu steigender Sensibilität für Glücksspielprobleme oder einem Ausbau von Beratungs- und Behandlungseinrichtungen für Spieler/-innen kommen kann, wodurch der potenziell risikoreiche Einfluss der höheren Verfügbarkeit abgemildert oder neutralisiert werden kann (Abbott et al. 2004; Storer et al. 2009).

Die Erfassung des **Onlineglücksspielangebots**, das weltweit laufend an Bedeutung gewinnt, stellt aktuell eine der größten Herausforderungen dar. Es fehlt eine anerkannte Methode zur Erfassung des Onlineglücksspielmarktes (Slecicka et al. 2016). Beim Monitoring des Onlineangebots in Österreich ist nicht nur der einzige legale (konzessionierte) Anbieter von Interesse, sondern die Vielzahl der in Österreich illegalen Angebote, die über das Internet zugänglich sind. Eine Möglichkeit,

diesen Sektor (zumindest teilweise) abzubilden, besteht in einer Sammlung der Angebote auf Seiten, die einen Überblick über verfügbare Anbieter bzw. Angebote für Spieler und Spielerinnen bietet, ohne selbst Spiele anzubieten<sup>14</sup>.

Bei der Verwendung der wirtschaftlichen Kennzahlen der Glücksspielindustrie ist zu bedenken, dass der Fokus des Glücksspielmonitorings primär auf problematischem/pathologischem Glücksspiel liegt und nicht auf gesamtwirtschaftlichen Aspekten des Glücksspiels. Weder aus einer erhöhten Verfügbarkeit von Glücksspielangeboten noch aus gestiegenen Ausgaben für Glücksspiel in der Gesamtbevölkerung kann man unmittelbar und zwingend auf eine Zunahme des problematischen/pathologischen Glücksspielverhaltens schließen (Ministry of Health 2004).

Einen Überblick über unterschiedliche Segmente des Glücksspielsektors anhand verschiedener Kennzahlen bietet beispielsweise der in regelmäßigen Abständen erhobene Branchenradar (Fischer, Kreuzer und Partner). Dieser umfasst etwa Angaben zu Spieleinsätzen, Bruttospielerträgen und Gewinnausschüttung nach unterschiedlichen Marktsegmenten (Lotterien, Spielbanken, Onlinebereich, VLT und GSA, Sportwetten)<sup>15</sup>.

---

**Zusammenfassung:** Für das Monitoring des Glücksspielangebots eines Landes werden oft wirtschaftliche Kennzahlen der Glücksspielunternehmen oder der Finanzbehörden wie etwa Spielerträge, Steuerleistungen oder Abgaben herangezogen. Die Beschreibung des terrestrischen Glücksspielangebots eines Landes dient unter anderem dazu, die Verfügbarkeit bestimmter Angebote mit dem Auftreten problematischen Glücksspielverhaltens in Beziehung zu setzen, wobei unterschiedliche Theorien über die Zusammenhänge zwischen Angebot und Glücksspielverhalten diskutiert werden. Für die Messung des Onlineglücksspielmarkts, der unter (problematischen bzw. pathologischen) Spielern und Spielerinnen zunehmend an Bedeutung gewinnt, fehlt bisher eine einheitliche Methode.

---

### 4.3.1 Daten auf Basis von Spielerkonten

Spielerkonten ermöglichen die Erfassung und Auswertung aller damit verbundenen Informationen und Aktivitäten. In diesem Zusammenhang haben sich unterschiedliche Begriffe wie *player account-based gambling data*, *tracking-data* oder *behavioural tracking* etabliert. Das sind elektronisch erfasste Daten des Spielverlaufs, die Aussagen über das Spielverhalten in individueller und aggregierter Form ermöglichen. Besonders einfach ist die kontinuierliche und umfassende Dokumentation des Spielverhaltens aufgrund der technischen Voraussetzungen beim internetbasierten

---

14

Dieses Vorgehen wählt die Landesstelle für Glücksspielsucht in Bayern. Sie beobachtet den Onlineglücksspielmarkt anhand der Angebote der Seite [www.online.casinocity.com](http://www.online.casinocity.com) (Sleczka et al. 2016).

15

<https://www.branchenradar.com/Artikel.aspx?id=50>

Glücksspiel. Diese Möglichkeit wurde daher zunächst primär im Onlinebereich genutzt, weshalb publizierte Studien auf Basis von Trackingdaten mehrheitlich auf **Onlineglücksspiel** fokussieren. Gesetzliche Verpflichtungen (z. B. verpflichtende Spielerkarten), die technische Anpassungen notwendig machten, trugen dazu bei, dass die systematische Aufzeichnung von Spielerdaten in weiterer Folge auch bei anderen Angeboten des Glücksspiels wie dem **terrestrischen Glücksspiel** möglich wurden (Gainsbury 2011). Allerdings nur wenn das Spielverhalten über Spieler- oder Kundenkarten den jeweiligen Spielern/Spielerinnen zuordenbar ist, kann das Spielverhalten unterschiedlicher Spieler/-innen systematisch erfasst und dokumentiert werden. Der Glücksspielforschung hat die Analyse von Spielerverhalten auf Basis von Spielerkonten neue Wege eröffnet.

Trackingdaten umfassen **Daten des Spielerkontos** (z. B. Geschlecht, Alter oder Postleitzahl), **Daten des Spiels** (z. B. Spieltyp, Gewinne, Einsätze, Anzahl an Wetten/Spielen), **finanzielle Daten** (z. B. Gesamteinzahlungen oder Auszahlungen), **Daten in Bezug auf** im Sinne des Responsible Gaming gesetzte **Limits** (z. B. zeitliche und monetäre Limits oder Veränderungen dieser Limits) und **sonstige Daten** (z. B. die Dauer von Spielsitzungen oder die Anzahl der Abkühlphasen; Griffiths 2013).

Da detaillierte Aussagen über das Glücksspielverhalten nur möglich sind, wenn man das Verhalten der Spieler und Spielerinnen kennt, und da detaillierte Aufzeichnungen des Spielerverhaltens in zunehmendem Ausmaß vorliegen, wird von vielen Stakeholdern, die im Bereich Forschung, Behandlung oder Politik mit Glücksspiel befasst sind, gefordert, Trackingdaten für wissenschaftliche Auswertungen zur Verfügung zu stellen. Über die Auswertung systematischer Spielertrackingdaten ist es möglich, zahlreiche methodische Begrenzungen der herkömmlichen Glücksspielforschung zu überwinden (Kap. 4.3.2.1). Die systematische elektronische Aufzeichnung von Spielerdaten eröffnet aber nicht nur neue Möglichkeiten für die Glücksspielforschung bzw. für Monitoring im Bereich Glücksspiel, sondern es entstehen auch **neue Spannungsfelder** und damit verbundene **Herausforderungen**.

Eines dieser Spannungsfelder ergibt sich verständlicherweise zwischen Industrie und Forschung. Forschungsergebnisse können Probleme sichtbar machen, die politische Entscheidungen nahelegen, welche nicht im Interesse der Glücksspielindustrie sind. Verständlicherweise ist die Industrie sehr vorsichtig, wenn es um die freiwillige Zurverfügungstellung von Daten geht, wenn man nicht ausschließen kann, dass deren Auswertung die Interessen der Industrie gefährden könnte. Wenn öffentliches Interesse an solchen Daten besteht, ist eine gesetzliche Verpflichtung, gewisse Daten zur Verfügung zu stellen, sicherlich hilfreich.

Ein zweites Spannungsfeld ergibt sich aus dem Verhältnis zwischen wissenschaftlichem Erkenntnisinteresse und Datenschutz. Selbst wenn wissenschaftliche Auswertungen mit anonymisierten Daten stattfinden, muss aus Datenschutzgründen gewährleistet sein, dass einzelne Spieler/-innen anhand dieser Daten nicht identifiziert werden können und diesen daraus kein Nachteil erwachsen kann. Das macht umfassende Reflexionen und Maßnahmen notwendig, damit die wissenschaftliche Auswertung von Daten mit der Erfüllung des Datenschutzauftrags kompatibel bleibt. Dieses doppelte Spannungsfeld ermöglicht der Industrie, bei der Zurverfügungstellung von Daten für wissenschaftliche Zwecke sehr restriktiv zu argumentieren, weil sie sich immer auf Datenschutzüberlegungen berufen kann, auch wenn die Datensicherheit und die Einhaltung von Datenschutzbestimmungen durch geeignete Maßnahmen völlig gesichert sind.

## 4.3.2 Methodische Überlegungen

### 4.3.2.1 Vorteile der Analyse von Spielerkonten

Die systematische Analyse des Spielerverhaltens auf Basis von Spielerkonten bietet nicht nur für die Glücksspielforschung, sondern auch für andere Beteiligte wie etwa Regulierungsbehörden oder die Glücksspielindustrie selbst eine Vielzahl von Vorteilen, sofern es gelingt, immanente Herausforderungen zu meistern und Probleme zu überwinden (Kap. 4.3.2.2; Darstellung nach Gainsbury 2011). Viele gravierende methodische Schwächen der herkömmlichen Methoden der Glücksspielforschung könnten so überwunden werden. Shaffer et al. (2010) sehen in der Möglichkeit, wissenschaftliche Fragestellungen nicht ausschließlich auf Basis selbstberichteter Angaben von Spielern und Spielerinnen, sondern auch mit präzise erhobenen Daten auf der Grundlage von Spielerkonten zu beantworten, einen **methodologischen Paradigmenwechsel** in der Glücksspielforschung.

Die Analyse von Spielerkonten hat Vorteile für die Glücksspielforschung:

- » **Große Stichproben**, die **keine aufwändige Rekrutierung** von Studienteilnehmern/-teilnehmerinnen erfordern. Dadurch können viele Schwierigkeiten bei der Rekrutierung und entsprechende Kosten vermieden werden (Gainsbury 2011; Griffiths/Whitty 2010). Da nur ein kleiner Prozentsatz der Bevölkerung – etwa ein Prozent – in problematischem bzw. pathologischem Umfang an Glücksspielangeboten teilnimmt, kann man über Repräsentativerhebungen theoretisch nur dann eine größere Stichprobe problematischer bzw. pathologischer Spielerinnen und Spieler inkludieren, wenn man extrem große Stichproben befragt. Zielt man z. B. auf eine Problemgruppe von 500 Personen ab, so muss man 50.000 zufällig ausgewählte Personen befragen. Dazu kommt das Problem, dass bei Phänomenen, die in der Bevölkerung nur im Ein-Prozent-Bereich anzutreffen sind (niedrige Prävalenz) ein erheblicher Anteil jener Personen, die mit problematischem bzw. pathologischem Spielverhalten in Zusammenhang gebracht werden, tatsächlich als unproblematisch zu klassifizieren ist (falsch positive Fälle). Zudem nimmt ein erheblicher Anteil jener, die als problematisch zu klassifizieren sind, entweder nicht an der Erhebung teil oder gibt Probleme nicht zu (falsch negative Fälle).
- » **Repräsentative Stichproben** durch die Vermeidung von Verzerrungen bei der Rekrutierung der zu Befragenden. Der Versuch, gezielt Stichproben problematischer bzw. pathologischer Glücksspieler/-innen zu ziehen, gestaltet sich häufig sehr selektiv, weil manche Teilgruppen leicht und andere Teilgruppen nur sehr schwer erreichbar sind. So überwiegen in derartigen Stichproben Spieler/-innen aus dem Behandlungssetting, Freiwillige, bezahlte Teilnehmer/-innen oder Studierende. Problematische bzw. pathologische Spieler/-innen, die (noch) nicht in Verbindung mit dem Behandlungsangebot stehen, sind hingegen stark unterrepräsentiert (Gainsbury 2011; Shaffer et al. 2010).
- » Die **Vermeidung von Antwortverzerrungen (Bias)** in Verbindung mit Selbstaussagen wie z. B. Erinnerungsfehlern, Strategien der günstigeren Selbstdarstellung, Missverständnissen durch mehrdeutige Fragen (Productivity Commission 2010a; Shaffer et al. 2010). Trackingdaten liefern objektive und detaillierte Informationen, auch über die Bedingungen, unter denen gespielt bzw. gewettet wird.

- » **Glücksspielverhalten** kann auf **globaler Ebene** erfasst und analysiert werden (bei international tätigen Anbietern auch im Onlinebereich).

Die **Identifizierung von Spielern und Spielerinnen** gibt Anbietern und regulierende Behörden bzw. Regierungen eine Vielzahl von Vorteilen an die Hand wie etwa die Vermeidung von Problemen im Zusammenhang mit strittigen Gewinnen oder Unregelmäßigkeiten von Wettaktivitäten oder die Reduktion von Straftaten wie Geldwäsche oder Steuerhinterziehung (Gainsbury 2011). Bei der Auswertung der Daten für Forschungszwecke gewährleistet die Anonymisierung der Daten den Schutz der Privatsphäre der Spielteilnehmer/-innen.

Aus **wissenschaftlicher Sicht** besteht Interesse an einem besseren Verständnis der Abläufe beim problematischen Glücksspiel und der **Identifikation früher Indikatoren für problematisches Glücksspielverhalten** in der Zukunft (Chagas/Gomes 2017). In wissenschaftlichen Studien konnten in diesem Zusammenhang etwa „Chasing“ (gekennzeichnet durch höhere Einsätze und höhere Frequenz nach Verlusten, um jene auszugleichen), „Kontrollverlust“ (gekennzeichnet durch häufiges Setzen von Limits, gefolgt von gesteigerter Spielteilnahme, ohne die Folgen für die eigene finanzielle Situation zu beachten) und die „Rückkehr zum Spiel nach dem Ablauf von Spielsperren“ als Problemindikatoren identifiziert werden (Gainsbury 2011).

Den Anbietern liefert die Analyse individueller Spielerdaten eine Grundlage dafür, problematisches Spielerverhalten auf individueller Ebene zu identifizieren<sup>16</sup>, um darauf basierend entsprechende Maßnahmen einzuleiten, die den Spielern/Spielerinnen dabei helfen sollen, die Kontrolle über ihr Spiel zu behalten bzw. wiederzugewinnen (Productivity Commission 2010a). Durch Berücksichtigung weiterer Angaben zu den Spielern/Spielerinnen wie etwa Alter oder Geschlecht können diese Maßnahmen noch präziser auf die jeweilige Person zugeschnitten werden, wodurch deren Effektivität gesteigert werden kann<sup>17</sup> (Monaghan/Blaszczynski 2009). In Abhängigkeit von bestimmten Spielmustern und Schlüsselvariablen können gezielt maßgeschneiderte **Responsible-Gambling-Maßnahmen** wie etwa die Rückmeldung über bisherige Ausgaben an die Spielenden gesetzt werden (Gainsbury 2011). Die erhobenen Daten können dabei sowohl auf individueller Ebene als auch generell nicht nur für die Entwicklung von Responsible-Gambling-Maßnahmen, sondern auch für deren Überprüfung verwendet werden. Wer die Auswirkungen bestimmter Interventionen auf das individuelle Spielverhalten kennt, kann damit die Sinnhaftigkeit gesetzter Maßnahmen besser beurteilen.

Das Wissen der Betreiber über Spieler/-innen und deren Bedürfnisse auf Basis der Analyse von Spielerkonten bedeutet für diese aber natürlich nicht nur Information, um Spielerschutzmaßnah-

---

16

Die dabei verwendeten Kriterien bzw. Schwellenwerte variieren. Meist handelt es sich dabei um hohe Intensität und Frequenz.

17

Die höhere Wirksamkeit von maßgeschneiderten Maßnahmen ist aus anderen Gesundheitsbereichen bekannt und wird auch für den Bereich des Glücksspiels angenommen.

men treffsicher und optimaler umsetzen zu können, sondern birgt auch eine Möglichkeit, Kundinnen/Kunden im Rahmen des Marketing entsprechend deren Spielvorlieben gezielter anzusprechen (**Behavioural Marketing**). Daraus ergeben sich sowohl Bedenken hinsichtlich des Schutzes der Privatsphäre als auch in Bezug auf die Zulässigkeit gezielter Marketinginterventionen, die das Kundenverhalten dazu heranziehen, Kunden/Kundinnen zum Spielen zu motivieren (Gainsbury 2011; Productivity Commission 2010a).

### 4.3.2.2 Herausforderungen

Ein Nachteil der **Analyse von Spielerkonten** besteht im **Fehlen vieler kontextueller Faktoren**, d. h. von Faktoren, die nachweislich das Spielerverhalten beeinflussen, aber nicht erfasst werden können. Das sind z. B. soziale, biologische, individuelle Faktoren oder Umweltfaktoren. Diese Informationen sind allerdings nicht für alle Fragestellungen relevant, so ist es z. B. für normatives Feedback auf Basis der Analyse von Spielerverhalten irrelevant, welche Faktoren zur Entwicklung eines problematischen Spielens geführt haben (Gainsbury 2011).

Durch die Analyse von Spielerdaten können nur Hinweise auf eine mögliche Spielsucht identifiziert werden. Zur Beurteilung, ob eine Person tatsächlich als spielsüchtig zu bezeichnen ist, wären ergänzende Explorationen bzw. Screenings nötig. Hohe Ausgaben für Glücksspiel gelten in der Regel zwar als Indikator für problematisches Spielen, das Ausmaß der durch Geldverluste entstehenden Problematik ist letztlich aber in hohem Maße von den finanziellen Ressourcen der entsprechenden Personen abhängig. Für sehr reiche Personen können Verluste, die für andere existenzvernichtend sind, leicht verkraftbare Ausgaben ohne Auswirkungen sein. Mittels der Analyse von Spielerkonten können viele Merkmale einer Spielsucht wie etwa Emotionen im Zusammenhang mit Gewinn und Verlust sowie Schuld und Scham nicht erfasst werden (Gainsbury 2011). Um diese Nachteile zu überwinden, empfehlen einige Experten und Expertinnen, die Analyse von Spielerkonten durch andere Methoden wie z. B. Surveys oder Interviews zu ergänzen (Chagas/Gomes 2017; Dragicevic et al. 2011; Gainsbury 2011).

Ob Trackingdaten in ausreichender Menge vorliegen und ob ihre Aussagekraft ausreicht, hängt einerseits davon ab, welche Angebote im Glücksspielsektor einbezogen werden können, und andererseits davon, welche Daten wie erhoben werden; also welcher **Anteil der Spielangebote** im Glücksspielsektor **ein Spielerkonto vorsieht**, und ob in Verbindung mit diesem systematisches Tracking stattfindet (Gainsbury 2011). Neben den ursprünglich internetbasierten Angeboten erfordern immer mehr Angebote im Bereich des terrestrischen Glücksspiels eine Registrierung von Spielern/Spielerinnen (Kap. 4.3.1). Einschränkungen hinsichtlich der Aussagekraft ergeben sich durch die Tatsache, dass Spieler/-innen über mehrere Konten bei einem Anbieter<sup>18</sup> oder über Konten bei mehreren Anbietern verfügen können, und dadurch, dass in manchen Fällen ein Konto von mehreren Spielern/Spielerinnen genutzt werden kann, wodurch es möglich ist, dass Spieler/-innen

---

18

Für Anbieter bestehen mehrere Möglichkeiten, Mehrfachkonten als solche zu identifizieren und zu sperren.

auch ohne Spielkonto spielen können (Gainsbury 2011; Shaffer et al. 2010). Auf den Webseiten der Onlineanbieter stehen den Nutzern/Nutzerinnen meist mehrere unterschiedliche Glücksspielangebote wie Kasinospiele, Poker oder Sportwetten zur Verfügung, die mit dem gleichen Spielerkonto gespielt werden können, wobei sich Studien auf Basis dieser Daten bei deren Analyse häufig nur auf eine Form des Angebots<sup>19</sup> beschränken (Gainsbury 2011). Unzureichende Kontrollen, die es Spielern/Spielerinnen ermöglichen, gleichzeitig mehrere Spielerkonten zu besitzen bzw. ohne Spielerkarte zu spielen, lassen sich durch genaue Überprüfungen von Ausweisen und Spielerkarten durch Mitarbeiter/-innen der Einrichtungen bzw. durch geeignete technische Einrichtungen auf ein Minimum beschränken. Nach Aussage von Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen von Anbietern lassen sich diese Probleme durch genaue Nachprüfungen auf ein Minimum beschränken.

Die systematische Analyse von Spielerkonten wirft auch einige **ethische Fragen** auf, z. B. im Zusammenhang mit dem häufigen Nichterfolgen eines expliziten **Einverständnisses der Spieler/-innen** damit, dass ihre Daten anonym ausgewertet werden dürfen. Ethikkommissionen definieren mitunter Bedingungen, unter denen der datenschutzrechtliche Grundsatz, dass Probanden die Wahl darüber haben sollten, ob sie der Teilnahme an einer Studie zustimmen, nicht erfüllt werden muss. Das kann etwa dann der Fall sein, wenn aus der Teilnahme an einer Untersuchung für die Teilnehmenden kein Nachteil entstehen kann und wenn die Daten angemessen anonymisiert werden (Gainsbury 2011). Ein weiteres Problem, das im Zusammenhang mit Ethik immer wieder angesprochen wird, ist der Umstand, dass die **Finanzierung von Studien** auf Basis von Spielerdaten häufig durch die Anbieter erfolgt. Dieser Umstand führt bei manchen Beobachterinnen/Beobachtern dazu, Zweifel an der akademischen Unabhängigkeit der Studien zu artikulieren. Es wird befürchtet, dass jene, die Studien finanzieren, explizit oder implizit einen Einfluss auf den Studienverlauf nehmen (Kap. 3.3).

Werden Studien nicht von den Anbietern durchgeführt oder finanziert, so stehen die Forscherinnen und Forscher oft vor großen Herausforderungen, um **Zugang zu den Daten** auf Basis von Spielerkonten zu bekommen. Gainsbury (2011) fordert hier Maßnahmen, die die Bereitschaft der Anbieter erhöhen, unabhängigen Forschungseinrichtungen anonymisierte Spielerdaten zur Verfügung zu stellen. Als Maßnahmen schlägt die Autorin einerseits verschiedene **Anreize** für diesbezüglich gut kooperierende Anbieter vor und andererseits vermehrte **Überzeugungsarbeit**, um den Anbietern die Vorteile einer Kooperation näherzubringen. Diese Vorteile können z.B. darin bestehen, dass ein – über die gesetzlichen Verpflichtungen hinausgehendes – Engagement für Responsible Gambling einen Wettbewerbsvorteil gegenüber der Konkurrenz darstellen kann, wenn neue Kunden und Kundinnen über diese Vorteile gewonnen werden können und deren Zufriedenheit verbessert wird (Gainsbury 2011). Die Reduktion des problematischen Spielverhaltens sollte den Glücksspielunternehmen auch deshalb ein Anliegen sein, weil sie Spieler/-innen mit unproblematischem Spielverhalten länger als Kunden/Kundinnen behalten können und weniger Gefahr laufen, zu Rückzahlungen an pathologische Spieler/-innen verurteilt zu werden.

---

19

In einer Kooperation zwischen bwin (Anbieter unterschiedlicher Onlineglücksspielangebote) und der Harvard Medical School wurden die Daten der Kunden und Kundinnen des Anbieters von Forschern/Forscherinnen nach unterschiedlichen Fragestellungen und unterschiedlichen Angeboten ausgewertet.

In Bezug auf die **Verfügbarkeit von Daten von Glücksspielanbietern** ist zwischen solchen Daten zu unterscheiden, die im Rahmen einer Berichtspflicht den zuständigen Behörden übermittelt werden und daher bei diesen grundsätzlich verfügbar sind, und solchen, die lediglich zu unternehmensinternen Zwecken erhoben werden und daher nur den Unternehmen vorliegen. Die Productivity Commission (2010b) beschreibt neben der Rivalität zwischen den einzelnen Staaten, die ihre Einkünfte aus Glücksspielabgaben erhöhen bzw. zumindest nicht verringern wollen, vor allem Widerstände bei Glücksspielunternehmen als wichtigste Hürde, um an die entsprechenden Daten für wissenschaftliche Zwecke zu gelangen. Sie fordern, zumindest jene Daten besser zugänglich zu machen, über die Regierungen ohnehin verfügen.

Angesichts des Ausmaßes der Informationen, die im Zusammenhang mit der systematischen Dokumentation von Spielverläufen anfallen, muss man zudem bedenken, dass die Auswertung derart großer Datenmengen entsprechende Skills und die nötige Infrastruktur voraussetzt, um diese adäquat analysieren zu können.

Auch wenn das inhaltlich trivial ist, soll trotzdem betont werden, dass derartige Verlaufsdaten nur von Glücksspielunternehmen erhalten werden können, die ihre Geschäftstätigkeit legal, also lizenziert ausüben. Erkenntnisse in Bezug auf die Verhältnisse im illegalen Glücksspielbereich eines Landes sind so kaum zu gewinnen. Dies ist insofern relevant, als man vermuten kann, dass pathologische Spieler/-innen relativ zu unproblematischen Spielern und Spielerinnen weit häufiger nichtlizenzierte Angebote in Anspruch nehmen, weil diese keine Spielsperren vorsehen und auch von Personen, die bei legalen Anbietern gesperrt sind, ohne weiteres in Anspruch genommen werden können.

---

**Zusammenfassung:** Mit der systematischen Analyse des Spielerverhaltens auf Basis von Spielerkonten können methodische Schwächen der herkömmlichen Glücksspielforschung überwunden werden. Die Vorteile liegen in großen, repräsentativen Stichproben und der Vermeidung von Antwortverzerrungen. Mit dieser Methode können frühe Hinweise auf problematisches Glücksspielverhalten identifiziert werden und auf Basis individueller Spielverläufe Responsible-Gaming-Maßnahmen gesetzt werden. Um die Nachteile dieser Methodik, etwa das Fehlen kontextueller Faktoren oder die Tatsache, dass nur ein Teil des Glücksspielangebots berücksichtigt werden kann, zu überwinden, ist eine Kombination mit anderen methodischen Zugängen zu empfehlen. Die Analyse von Spielerkonten wirft zudem einige ethische Fragen auf, und auch hinsichtlich der Verfügbarkeit von Daten der Glücksspielanbieter sind Überlegungen anzustellen.

---

### 4.3.3 Rahmenbedingungen in Österreich

#### Gesetzliche Bestimmungen und Regelungen in Konzessionsbescheiden

In Österreich tangieren mehrere Bestimmungen des GSpG, der entsprechenden Landesgesetze und der Konzessionsbescheide Aspekte der Datenerfassung und des Datenaustausches mit zuständigen Behörden in Bezug auf **wirtschaftliche Kennzahlen und Spielerdaten**.



Einige gesetzlich vorgeschriebene Spielerschutzmaßnahmen in Österreich bauen auf der systematischen Erfassung von Spielerdaten auf. Zum einen besteht für die Betreiber von Landesausspielungen und VLT die Verpflichtung zur **Errichtung eines Warnsystems** mit abgestuften Spielerschutzmaßnahmen (§ 5 Abs. 4 a [3] GSpG und § 5 Abs. 4 b [3] GSpG). Um das zu erreichen, wird das Spielerverhalten auf Basis von Spielerkonten analysiert, und darauf aufbauend erfolgt anhand bestimmter Kriterien eine Einstufung in ein „Ampelsystem“<sup>20</sup>, bei dem die Farben ein unterschiedliches Ausmaß an Gefährdung symbolisieren (Bundesministerium für Finanzen 2014b). Auch österreichische Spielbankenkonzessionäre sind auf Basis des GSpG dazu verpflichtet, die Intensität und Häufigkeit der Spielteilnahme ihrer Spielbankengäste zu erheben. Ziel ist dabei, Spieler/-innen zu identifizieren, bei denen die *„Häufigkeit und Intensität ihrer Teilnahme am Spiel ... das Existenzminimum gefährden“* (§ 25 GSpG). Diese personenbezogenen Daten werden zentral ausgewertet und darauf aufbauend müssen gegebenenfalls entsprechende Maßnahmen gesetzt werden.

Des Weiteren regelt das GSpG die **elektronische Anbindung aller legalen Glücksspielautomaten** an das Datenrechenzentrum des Bundesrechenzentrums (BRZ; § 2 Abs. 3 GSpG, § 12a Abs. 4 GSpG, § 21 Abs. 10 GSpG). Seit Juli 2017 sind alle Automaten in Spielbanken (SBK-GSA), VLT und Automaten im Sinne von Landesausspielungen (L-GSA) an das Datenrechenzentrum angeschlossen. Dort werden die Daten unter Einsatz von Verschlüsselung und Signatur vom GSA gesichert, wobei personenbezogene Informationen über die Spieler/-innen nicht mitübertragen werden (Bundesministerium für Finanzen 2017). Bis dato wurden diese Daten noch nicht für wissenschaftliche Untersuchungen herangezogen.

In den Konzessionsbescheiden ist für alle Konzessionäre eine **regelmäßige Berichtspflicht** festgelegt. Das betrifft z. B. Angaben zu wirtschaftlichen Kennzahlen (wie Glücksspielerlöse oder spielabhängige Abgaben), Daten in Betreff des Spielerverhaltens auf Gesamtebene oder hinsichtlich der Auswirkungen von Spielerschutzmaßnahmen (wie Spielsperren oder -beschränkungen). Hier fehlt allerdings eine einheitliche Regelung dahingehend, welche Daten in welcher Art und Weise zu sammeln und auszuwerten sind, um dieser Berichtspflicht nachzukommen. Unterschiede entstehen auch dadurch, dass das Berichtswesen in unterschiedlichen Bundes- und Landesgesetzen geregelt ist. Für die Bundeskonzessionäre (Spielbanken und Lotterien) besteht eine jährliche Berichtspflicht dem Bund gegenüber, für die Landesbewilligten eine halbjährliche Berichtspflicht gegenüber den Landesbehörden (Bundesministerium für Finanzen 2014a). Gewisse wirtschaftliche Kennzahlen der Bundeskonzessionäre bzw. der Landesbewilligten werden auch in öffentlich zugänglichen Jahresberichten publiziert.

In Bezug auf eine **Austauschverpflichtung** ist nach § 5 Abs. 4a 8 GSpG die *„Teilnahme an einer vom Bundesgesetzgeber den Grundsätzen des Datenschutzrechts entsprechend noch vorzusehenden Austauschverpflichtung von Daten über Besuchs- und Spielsperren oder -beschränkungen zwischen Glücksspielanbietern“* festgelegt. Diese Austauschverpflichtung stellt die Grundlage für

---

20

Diese Kriterien umfassen Spieltage und Spielzeit in einem gewissen Zeitraum. Die Kriterien und deren Intensitätsschwellen werden von den Anbietern unterschiedlich festgelegt.

die Umsetzung einer geplanten betreiberübergreifenden Sperrdatei dar. Aktuell existieren in Österreich nur Sperrdateien pro Betreiber (Kap. 4.5.6).

In Bezug auf weitere Kennzahlen von Glücksspielanbietern, die Aufschluss über die **Verfügbarkeit bestimmter Angebote** geben (z. B. Anzahl der GSA) und international im Rahmen eines Monitorings des Glücksspielsektors erhoben werden, existieren in Österreich zum Teil gesetzliche Beschränkungen. Aus der Tatsache, dass sowohl die Höchstmenge an Landes-Glücksspielautomaten (entsprechend der Einwohnerzahl des Bundeslandes; § 5 Abs. 1 GSpG) als auch eine Betriebspflicht gesetzlich festgelegt ist, muss die Anzahl der L-GSA nicht extra erhoben werden. Anders sieht es auf der Ebene der Bundeskonzessionäre aus: So ist zwar die Höchstmenge an Video-Lotterie-Terminals (VLT) festgelegt, aber da es hier – im Gegensatz zu GSA im Sinne der Landesauspielungen – keine Betriebspflicht gibt, kann die Anzahl der aktuell betriebenen VLT<sup>21</sup> aus diesen Vorgaben nicht abgeleitet werden. Die Anzahl der GSA in Spielbanken und jene der Spieltische in Österreich werden in den Jahresberichten des Konzessionärs allerdings regelmäßig veröffentlicht.

### Umsetzung der Bestimmungen

In Österreich ist, im Gegensatz zu einigen anderen Ländern, der Einsatz von Spielerkarten bzw. Spielerkonten auch beim terrestrischen Glücksspiel verpflichtend, d. h. die Daten pro Spielerkonto sind bei den Glücksspielunternehmen vorhanden. Diese dienen allerdings nicht nur dazu, der gesetzlichen Dokumentationspflicht<sup>22</sup> nachzukommen, sondern werden auch für eigene Zwecke verwendet, z. B. zur Erhöhung der Kundenbindung und für maßgeschneiderte Marketingmaßnahmen.

Die Kooperationsverpflichtungen betreffend Datenerfassung, Datenspeicherung und Datenweitergabe sind allerdings nicht präzise gesetzlich statuiert oder anderweitig eindeutig präzisiert. Der Ausgleich zwischen den Interessen des Datenschutzes, des Spielerschutzes, der Kontrollaufgabe durch Behörden und der wissenschaftlichen Bearbeitung des Themas als Grundlage für eine evidenzgestützte Glücksspielpolitik ist aber keinesfalls trivial. Eine explizite Regelung dahingehend, welche Daten zur Erfüllung des Spielerschutzes, für Kontrollaufgaben durch die Verwaltung und für wissenschaftliche Begleitforschung notwendig bzw. zulässig sind, wäre daher wünschenswert, um Rechtssicherheit, Kontrolle und Vergleichbarkeit der Daten zu gewährleisten.

Vertreter/-innen von Glücksspielunternehmen in Österreich äußern im Zusammenhang mit dem Zurverfügungstellen von Daten unterschiedliche **Bedenken und Einwände**. Zum einen wird befürchtet, dass die Daten von Glücksspielgegnern zur Untermauerung eigener Anliegen im Kampf gegen das Glücksspiel einseitig interpretiert und instrumentalisiert werden könnten. Des Weiteren

---

21

Die Anzahl der VLT, gesondert nach Standorten, wird auf der Homepage des Konzessionärs angegeben.

22

Mit der Dokumentation kommen die Anbieter nicht nur ihrer gesetzlichen Verpflichtung zur Identifizierung von gefährdeten Spielern/Spielerinnen nach, sondern die Dokumentation ermöglicht den Anbietern im Zweifelsfall auch einen lückenlosen Nachweis über den Zeitpunkt von Interventionen.

wird mit Datenschutzbedenken argumentiert, sowohl was Informationen über die Spieler/-innen betrifft als auch über das jeweilige Glücksspielunternehmen. Solange die Situation rechtlich nicht eindeutig geklärt ist, können sich im Zusammenhang mit Verletzungen des Datenschutzes für die Anbieter durch Strafen und Imageschäden große finanzielle Konsequenzen ergeben. Schließlich wird betont, dass das Erfassen, Dokumentieren, Auswerten und Zurverfügungstellen von Daten mit hohem Aufwand verbunden ist, weswegen der Nutzen groß genug sein muss, um den damit verbundenen hohen Aufwand auch wirklich zu rechtfertigen.

---

**Zusammenfassung:** In Österreich bedingt die Umsetzung gesetzlich verpflichtender Spielerschutzmaßnahmen die Aufzeichnung von Spielerdaten. Diese dienen den Anbietern allerdings nicht nur zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen im Bereich Spielerschutz, sondern auch für andere Verwendungszwecke, beispielsweise das gezielte Marketing. Teile der erhobenen Daten werden in aggregierter Form der Behörde zu Kontrollzwecken weitergeleitet, aber nicht für wissenschaftliche Zwecke zur Verfügung gestellt und aufbereitet. Konzessions- und Lizenznehmer sind zur Weitergabe bestimmter Kennzahlen an die Bundes- bzw. Landesbehörde verpflichtet. Im Sinne eines möglichst umfassenden Spielerschutzes und für die wissenschaftliche Forschung zur Entwicklung evidenzgestützter Maßnahmen zur Prävention und Behandlung des pathologischen Glücksspiels ist es wünschenswert, die Nutzung dieser Daten, soweit es geht, zu ermöglichen, ohne datenschutzrechtliche Bestimmungen zu übertreten. Was hier wünschenswert und zulässig ist, sollte gesetzlich präzise festgelegt werden, um in dieser schwierigen Materie Rechtssicherheit zu schaffen.

---

## 4.4 Glücksspielbezogene Daten bei Behörden

Behörden verfügen über Daten, die sie von Anbietern über die Anbindung ans Bundesrechenzentrum (BRZ), über gesetzliche Vorschriften, etwa bezüglich der Anzahl der Glücksspielautomaten, oder Meldeverpflichtungen, z. B. Steuererklärungen oder Gerichtsurteile, generieren. Es besteht dabei die Möglichkeit, dass auf diese Weise Datenbestände entstehen, über die nur die Behörden verfügen und nicht die Anbieter – manche Daten sind theoretisch sowohl über die Glücksspielanbieter als auch über Behörden verfügbar. Die Weitergabe von Daten für wissenschaftliche Auswertungen und Dokumentationen ist häufig durch gesetzliche Bestimmungen eingeschränkt. Teilweise fehlt auch die Bereitschaft, Daten weiterzugeben, und mitunter ist die Bereitstellung der Daten mit erheblichem Aufwand verbunden, wodurch die Frage entsteht, wer für den finanziellen Aufwand aufkommt. Hier wäre es sinnvoll, gesetzliche Präzisierungen vorzusehen, die inhaltlich sinnvolle Auswertungen der Datenbestände ermöglichen, ohne berechnigte Interessen Dritter zu verletzen.

Die derzeit dem Finanzministerium via Bundesrechenzentrum vorliegenden Daten lassen grundsätzlich eine Fülle von Auswertungsmöglichkeiten zu. So ist es möglich, die minimalen und maximalen Ausschüttungsquoten pro Gerät, die Verteilung der Ein- und Auszahlungen pro Spieler/Spielerin, die Dauer der Abkühlungsphasen und die maximale Spieldauer von Einzelpersonen auszuweisen.

## 4.5 Einzelne Indikatoren eines Glücksspielmonitorings

### 4.5.1 Soziodemografie von Spielern und Spielerinnen

Zahlreiche Studien untersuchen, welche biologischen, psychischen und sozialen Faktoren als Risikofaktoren hinsichtlich der Entwicklung einer Spielsucht zu bezeichnen sind. Im Folgenden wird der Ausdruck „Risikofaktor für die Entwicklung einer Spielsucht“ im Sinne eines Indikators so verstanden, dass es im Sinne einer Prognose, immer dann, wenn dieser Faktor gegeben ist, mit höherer Wahrscheinlichkeit zur Entwicklung einer Spielsucht kommt. Wird ein Faktor in diesem Sinne als Risikofaktor identifiziert, so bedeutet das allerdings nicht zwangsläufig, dass dieser Faktor ursächlich für die Entstehung des Problems verantwortlich zu machen ist. Ein Zusammenhang kann ganz oder teilweise über einen gemeinsamen Zusammenhang mit Drittvariablen erklärbar sein (Scheinzusammenhang). Geht es ausschließlich um Prognosen und nicht um die Feststellung von Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen, so spielt es keine Rolle, ob der Zusammenhang kausaler Natur ist. Ist ein kausaler Zusammenhang nachgewiesen, ist der Ausdruck „kausaler Risikofaktor“ zweckmäßig.

Für ein Monitoring bzw. zur Charakterisierung problematischer/pathologischer Spieler/Spielerinnen sind grundsätzlich alle Merkmale von Interesse, die als Risikofaktoren zur Identifizierung vulnerabler Subgruppen beitragen können. Das Wissen um Risikofaktoren ermöglicht es, rechtzeitig konkrete Präventionsmaßnahmen einzuleiten und Angebote zur Behandlung problematischer/pathologischer Spieler/Spielerinnen besser auf die jeweiligen Zielgruppen abzustimmen, um deren Erreichbarkeit zu verbessern.

Risikofaktoren sind dann relativ einfach zu identifizieren, wenn man ausschließen kann, dass diese sich als Folge des problematischen bzw. pathologischen Glücksspielverhaltens verändern. Das ist z. B. bei bestimmten soziodemografischen Faktoren wie Alter, Geschlecht oder Ethnizität/Migrationshintergrund der Fall.

Deutlich schwerer ist die adäquate Identifikation soziodemographischer Risikofaktoren in jenen Bereichen, wo ein umgekehrter Kausalzusammenhang möglich oder plausibel ist. Das betrifft z. B. den Familienstand, Bildungsstand oder das Einkommen der Personen. So kann beispielsweise eine Person, die ohne Partner lebt, stärker versucht sein, ihre Isolation durch Glücksspiel zu kompensieren. Wer häufig an Glücksspielen teilnimmt, kann es schwerer haben, einen Partner oder eine Partnerin zu finden und längerfristig eher damit konfrontiert sein, dass eine bestehende Beziehung scheitert. Um in diesen Fällen Risikofaktoren identifizieren zu können, ist es notwendig, die Situation vor Beginn des Glücksspielens bzw. des problematischen Glücksspielens zu rekonstruieren, was retrospektiv im Einzelfall im Rahmen ausführlicher Explorationen begrenzt möglich ist, bei Bevölkerungsbefragungen mit standardisierten Instrumenten aber kaum hinreichend verlässlich durchführbar ist.

Bezüglich der erstgenannten Faktoren „Alter“, „Geschlecht“ und „Ethnizität/Migrationshintergrund“ findet man in der Literatur zahlreiche Befunde, die deutliche Zusammenhänge zwischen diesen

Faktoren und dem Risiko, eine Spielsucht zu entwickeln, nahelegen. Bezüglich der letztgenannten Faktoren „Familienstand“, „Bildungsstand“ und „Einkommen“ sind die Befunde hingegen widersprüchlich, und wo sie nicht widersprüchlich sind, sind diese Zusammenhänge nur gering ausgeprägt (Johansson et al. 2009).

Alter und Geschlecht betreffend gilt ein geringes **Alter** ebenso wie männliches **Geschlecht** als Risikofaktor für die Entwicklung eines problematischen/pathologischen Glücksspielverhaltens (Johansson et al. 2009; Kessler et al. 2008).

Deutliche Ergebnisse sind sich auch hinsichtlich eines **Migrationshintergrundes** zu verzeichnen, wobei die ethnischen Minderheiten des jeweiligen Landes überproportional oft in der Gruppe der Spielsüchtigen zu finden sind (Kessler et al. 2008; Williams et al. 2012). Im deutschsprachigen Raum zeigen Repräsentativbefragungen, Befragungen von Spielern/Spielerinnen in Spielstätten und Stichproben aus Behandlungseinrichtungen einen überproportional hohen Anteil an Personen mit Migrationshintergrund unter problematischen/pathologischen Spielern (BZgA 2014; Haß/Lang 2016; Kalke et al. 2011; Meyer, C. et al. 2011). Dabei ist zu berücksichtigen, dass Sprachschwierigkeiten sowohl die Teilnahme an Befragungen als auch die Inanspruchnahme eines formellen Hilfsangebots erschweren (Meyer, G. / Bachmann 2011), weswegen Personen mit Migrationshintergrund in den Stichproben relativ zu deren tatsächlichem Anteil in der Regel sogar noch deutlich unterrepräsentiert sind (Braun et al. 2014; Bühringer et al. 2007; Buth et al. 2017; Kalke et al. 2011).

Migration gilt dabei nicht nur aufgrund der Belastungen durch soziokulturelle Unterschiede und Integrationsprobleme als Risikofaktor: Spielstätten/Automatensalons fungieren bei jungen männlichen Erwachsenen mit Migrationshintergrund häufig als wichtige Treffpunkte und scheinen als wichtiger Teil der Freizeitgestaltung zu dienen (Meyer, G. / Bachmann 2011). Der Aufenthalt in Spielstätten dient dabei zwar ursprünglich oft nicht dem Spielen, die höhere Exposition mit Glücksspielautomaten kann allerdings das Risiko zu spielen und längerfristig ein problematisches/pathologisches Spielverhalten zu entwickeln, deutlich erhöhen.

Der Umstand, dass Migranten und Migrantinnen aus den unterschiedlichsten Kulturen stammen und eigentlich nicht undifferenziert in eine Gruppe zusammengefasst werden sollten, sowie unterschiedliche Definitionen des Kriteriums Migrationshintergrund erschweren die Interpretierbarkeit und Generalisierbarkeit von Aussagen zum Thema „Migration und Glücksspielverhalten“ erheblich. Eine getrennte Betrachtung kulturell unterschiedlicher Subgruppen mit Migrationshintergrund scheidet in der Regel allerdings daran, dass die sich ergebenden homogenen Teilgruppen zu klein sind, um sinnvolle Schlussfolgerungen über diese abzuleiten.

Die unterschiedlichen Definitionen des Ausdrucks Migrationshintergrund betreffend empfiehlt sich nicht nur eine Vereinheitlichung der Kriterien, sondern auch eine Orientierung an den Kriterien der nationalen Statistikeinrichtungen – in Österreich an jenen der Statistik Austria<sup>23</sup>. Orientiert

---

23

Diese orientiert sich dabei an Empfehlungen der UNECE (United Nations Economic Commission for Europe).

man sich z. B. beim Migrationshintergrund an dieser Empfehlung, so stellt man fest, dass „Personen mit Migrationshintergrund“ als Personen definiert wurden, bei denen beide Elternteile im Ausland geboren sind, wobei Angehörige der ersten Generation ebenfalls im Ausland und Angehörige der zweiten Generation in Österreich geboren sein müssen. Man kann den Anteil der Spielerinnen/Spieler mit und ohne Migrationshintergrund in Österreich grundsätzlich nur dann sinnvoll in Relation zu ihrem Anteil in der Normalbevölkerung setzen, wenn man als Referenzwerte den Anteil der Menschen mit und ohne Migrationshintergrund in der österreichischen Wohnbevölkerung kennt – und auch das nur wenn die Definition von „Migrationshintergrund“ in der Stichprobe der Spieler/Spielerinnen mit der Definition von „Migrationshintergrund“ in der Gesamtbevölkerung übereinstimmt.

**Bildungsstand, Familienstand und Einkommen** der Spieler/-innen sind zwar ebenfalls Faktoren, anhand deren die Gruppe der problematischen bzw. pathologischen Spieler/-innen häufig charakterisiert wird, bei der Interpretation dieser Daten ist allerdings, wie zuvor diskutiert, zu beachten, dass man diese Kriterien vor Beginn des (pathologischen) Umgangs mit Glücksspiel kennen muss, um deren Eignung als prognostische Faktoren beurteilen zu können – eine Forderung, die bei Querschnitterhebungen in der Regel weder erfüllt wird noch ohne weiteres erfüllbar ist.

---

**Zusammenfassung:** Zur Beschreibung von (problematischen/pathologischen) Spielern/Spielerinnen hat sich zusätzlich zu den Faktoren „Alter“ und „Geschlecht“ auch „Ethnizität/Migrationshintergrund“ als prognostisch relevant etabliert. Bei anderen häufig erhobenen Merkmalen wie Bildungsstand, Familienstand oder Einkommen sind Aussagen dahingehend, ob und wie diese sich als prognostische Faktoren eignen, kaum möglich. Diese Faktoren können allerdings zur Beschreibung der Klientel herangezogen werden, sofern man ausdrücklich festhält, dass man ohne Referenzwerte nur sehr begrenzt Schlussfolgerungen darüber anstellen kann, ob diese Faktoren bei Spielern/Spielerinnen häufiger oder weniger häufig als in der Allgemeinpopulation anzutreffen sind.

---

## 4.5.2 Spielteilnahme an verschiedenen Spielformen

Die relative Häufigkeit (Prävalenz), mit der unterschiedliche Spielformen wie etwa Kasinospiele, Lotterien oder Automatenglücksspiel bei Spielern/Spielerinnen allgemein bzw. bei problematischen Spielern/Spielerinnen im Besonderen auftreten, wird mit unterschiedlichen Zielsetzungen erhoben.

Zum einen geht es darum, **Veränderungen und Trends** abzubilden, die sich infolge der Implementierung neuer Angebote (z. B. im Bereich des Onlineglücksspiels) oder infolge gesetzlicher Änderungen (z. B. Verbot oder Begrenzung einer bestimmten Glücksspielform) entwickeln. Diese Daten können auch dazu herangezogen werden, um Hypothesen über mögliches Ausweichverhalten, das Spielsüchtige entwickeln, wenn bestimmte Angebotsbereiche anders geregelt wurden, zu formulieren und zu überprüfen. Derartige Kenntnisse ermöglichen eine bessere **Abstimmung von Präventions- und Versorgungsangeboten** auf das Verhalten der Spieler/-innen. Das betrifft sowohl inhaltliche Aspekte wie z. B. die Spezifika bestimmter Spielformen (etwa Unterschiede zwischen

GSA und Sportwetten) als auch Charakteristika von Zielgruppen, die von diesen Spielformen angesprochen werden (z. B. sportaffine Jugendliche im Bereich der Sportwetten). Bei einer österreichischen Repräsentativerhebung zeigt sich etwa, dass Personen mit Migrationshintergrund bei Automaten Spielen (sowohl in Spielbanken als auch außerhalb dieser) deutlich überrepräsentiert sind (Kalke et al. 2011). Aus der Verbreitung (Prävalenz) unterschiedlicher Spielformen in der Bevölkerung und unter Spielsüchtigen werden oft auch Schlussfolgerungen dahingehend gezogen, wie hoch das **relative Gefährdungspotenzial** ist, das von diesen Spielformen ausgeht (Binde 2011).

Angaben über die Verbreitung (Prävalenz) unterschiedlicher Spielformen bauen auf unterschiedlichen Datenquellen auf, unter anderem auf Ergebnissen von **Bevölkerungsbefragungen**, auf **Behandlungsdaten** und auf **Daten von Glücksspielanbietern**. Bei allen drei Datenquellen ergeben sich zahlreiche methodische Herausforderungen die Interpretation betreffend.

**Unterschiedliche Angebotsstrukturen** sind oft Ausdruck von Unterschieden in den (nationalen) Gesetzgebungen. So sind manche Spielangebote regional gar nicht oder nur eingeschränkt verfügbar. Dadurch wird der Vergleich zwischen Ländern hinsichtlich der Spielteilnahme an unterschiedlichen Spielformen erschwert (Binde 2011). Unterschiede in der Angebotsstruktur sind auch bei Vergleichen zwischen österreichischen Bundesländern zu berücksichtigen.

Erschwert wird ein Vergleich zwischen Ländern und Regionen auch durch die unterschiedliche Klassifizierung von Angeboten. Glücksspielautomaten werden in Großbritannien beispielsweise in Abhängigkeit von ihrem Gefährdungspotenzial in Kategorien eingeteilt.

Geht es darum, festzustellen, welchen Stellenwert bestimmte Spielformen in einem Land haben, wird oft nur gefragt, *welche* Angebote in einem bestimmten Zeitraum in Anspruch genommen wurden (**qualitativer Zugang**), und nicht, *wie oft und intensiv* gespielt wurde (**quantitativer Zugang**). Der qualitative Zugang erlaubt **keine Rückschlüsse** darauf, welche Angebote ein Problem darstellen (Binde 2011) bzw. ob und in welchem Ausmaß diese an der Entstehung einer Spielsucht beteiligt waren (Kalke et al. 2011). Problematische bzw. pathologische Spieler/-innen nehmen durchschnittlich an mehr verschiedenen Spielformen teil als Spieler/-innen mit unproblematischem Spielverhalten, wobei allerdings meist nur eine Spielform an der Entwicklung des problematischen Spielverhaltens beteiligt ist (Binde 2011).

Aussagekräftig sind vor allem Daten, die darstellen, wie oft und intensiv die einzelnen Angebote in Anspruch genommen wurden. Angesichts der sehr großen Anzahl von Glücksspielvarianten wird häufig pro Variante nur die **qualitative Prävalenz** erfasst – also ob ein bestimmtes Angebot im Referenzzeitraum angenommen wurde – und nicht die **quantitative Prävalenz**, da der Aufwand einer detaillierten Erhebung sehr groß ist. Aber selbst wenn ein quantitativer Ansatz gewählt wird, sind die Ergebnisse mit anderen quantitativen Erhebungen oft nicht vergleichbar, weil es eine Reihe unterschiedlicher Methoden zur Quantifizierung gibt und man unterschiedlich lange Beobachtungszeiträume wählen kann. Möglich ist die Ermittlung der Zahl der Tage pro Spielform, an denen gespielt wurde, der Zeit, die insgesamt mit einer bestimmten Spielform verbracht wurde, der Summe der in diesem Zeitraum eingesetzten Geldmittel oder der Gewinne/Verluste im Zu-

sammenhang mit dieser Spielform im Beobachtungszeitraum. Wählt man den quantitativen Ansatz, so ist es sinnvoll, die Ergebnisse zu dem zur Verfügung stehenden Einkommen in Beziehung zu setzen, was aber nur möglich ist, wenn man auch das Einkommen erfasst.

Bezüglich des **Zeitfensters** vertritt Binde (2011) die Ansicht, dass sich weder sehr kurze noch sehr lange Beobachtungszeiträume zur Erfassung des Spielverhaltens eignen. Bei sehr kurzen Zeitintervallen wirken sich zufällige Schwankungen im Spielverhalten sehr stark aus, weswegen man das längerfristige Spielverhalten nur sehr unreliael erfasst. Bei sehr langen Zeitintervallen – deren extremste Ausprägung die Lebenszeitprävalenz<sup>24</sup> ist – verschwimmen Unterschiede zwischen problematischen und unproblematischen Spielern und Spielerinnen, weil die meisten Menschen schon einmal an verschiedenen Glücksspielformen teilgenommen haben und weil mit zunehmend längeren Zeiträumen das Erinnern immer schwieriger wird. Die geringste Aussagekraft haben Daten, die sich auf sehr lange Beobachtungszeiträume beziehen, wenn qualitativ erhoben wird – also wenn nur gefragt wird, ob das Spielverhalten vorgekommen ist oder nicht. Binde (2011) schlägt aus diesen Gründen die Wahl eines Zeitfensters von einer Woche oder einem Monat vor. Eine zum quantitativen Ansatz alternative Erhebungsform ist, die im Beobachtungszeitraum in Anspruch genommenen Spielformen zunächst qualitativ zu erheben und anschließend nach der **bevorzugten Spielform** zu fragen und nur Letztere quantitativ zu erfassen.

Eine dazwischen liegende Option ist, die Klienten/Klientinnen pro Spielform beurteilen zu lassen, welchen Stellenwert jede Spielform für sie hat (z. B. „unproblematisch“, „bevorzugt“, „problembehaftet“, „zum Suchtproblem beigetragen“ usw.). Da bei unterschiedlichen Erhebungen häufig andere Kategorien verwendet werden, sind die Ergebnisse allerdings nur bedingt vergleichbar.

Die Frage nach der „bevorzugten“ Spielform birgt den Nachteil, dass es sich bei der angegebenen Spielform nicht unbedingt um jene handeln muss, bei der Spieler/-innen aktuell ein Problem haben. „Bevorzugt“ kann auch als „am besten für die befragte Person“ interpretiert werden. In diesem Zusammenhang ist denkbar, dass ein Glücksspielangebot gerade deshalb positiv beurteilt wird, weil dort subjektiv (noch) kein Problem wahrgenommen wird. Auch Binde (2011) wies darauf hin, dass man mit der Fokussierung auf die bevorzugte Spielform nicht zwangsläufig jene Spielform erfasst, bei der problematische bzw. pathologische Spieler/-innen ihr problematisches Spielverhalten zeigen.

Generell empfiehlt es sich, nicht nach der problematischsten Form des Glücksspiels zu fragen, sondern Mehrfachnennungen zuzulassen, da bekannt ist, dass viele Spielsüchtige gleichzeitig an mehreren Spielformen in problematischem Ausmaß teilnehmen (Binde 2011). So kann das Problem vermieden werden, dass in vielen Fällen keine einzelne Spielform eindeutig genannt werden kann. Eine analoge Herausforderung, nämlich jene, nur eine Problemsubstanz nennen zu dürfen, auch

---

24

Als Lebenszeitprävalenz bezeichnet man den prozentuellen Anteil jener Personen, die im Lauf ihres bisherigen Lebens das relevante Kriterium erfüllt haben. Als Gesamtlebenszeitprävalenz bezeichnet man im Gegensatz dazu den prozentuellen Anteil jener Personen, die das Kriterium bis zum Tod erfüllen werden.



wenn es mehrere Substanzen mit vergleichbarem Problempotenzial gibt, stellt sich bei der Dokumentation substanzbezogener Suchterkrankungen, wenn nach der sogenannten Leitdroge gefragt wird<sup>25</sup>.

Binde (2011) betont, dass man Unterschiede zwischen Spielern und Spielerinnen mit problematischem und solchen mit unproblematischem Spielverhalten nur dann adäquat beschreiben kann, wenn der Anteil der problematischen Spieler/-innen in der zu beschreibenden Stichprobe groß genug ist. Diese Aussage ist aus inferenzstatistischen Gründen zwar eher banal – sonst werden die Unterschiede nicht statistisch signifikant –, es erscheint aber trotzdem sinnvoll, diesen Umstand zu betonen, weil Leser/-innen bei einer großen Gesamtstichprobe leicht den Eindruck gewinnen können, dass belastbare Aussagen über Teilpopulationen ableitbar wären.

Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass man bei **Daten von Glücksspielanbietern** nur Informationen über jene Spieler/-innen erhält, die **legale Glücksspielangebote** in Anspruch nehmen. Auf dieser Basis kann man das Ausweichen auf illegale terrestrische Angebote oder Internetangebote natürlich nicht erfassen.

---

**Zusammenfassung:** Aussagen über die Teilnahme an unterschiedlichen Spielformen basieren auf Befragungen der Allgemeinbevölkerung und klinischer Populationen sowie auf Daten, die legale Anbieter zur Verfügung stellen. Änderungen in den Angeboten der Glücksspielunternehmen erschweren die Darstellung zeitlicher Trends. Unterschiedliche Angebote auf nationaler Ebene erschweren länderübergreifende Vergleiche. Aussagen darüber, welche Formen des Glücksspiels am ehesten zur Entwicklung problematischen/pathologischen Glücksspielverhaltens beigetragen haben, können basierend auf den meisten Datenquellen nur sehr bedingt abgeleitet werden.

---

### 4.5.3 Ausgaben für Glücksspiel insgesamt

Der Einsatz von Geld ist per Definition ein Kriterium, um von „Glücksspiel“ sprechen zu können<sup>26</sup>. Bereits im letzten Abschnitt wurde darauf hingewiesen, dass die Erfassung der Ausgaben pro Spielform eine Methode ist, um den Stellenwert einzelner Angebote quantitativ zu erfassen. In diesem Kapitel geht es nun darum, Ausgaben für das Glücksspiel pauschal, also über alle Angebote hinweg zu erfassen.

---

25

Die Frage nach der Leitdroge ist in vielen Fällen nicht eindeutig zu beantworten, z. B. wenn sogenannte Speedballs konsumiert werden, die sowohl Heroin als auch Kokain beinhalten.

26

Als Glücksspiele gelten Spiele, bei denen die Entscheidung über das Spielergebnis ausschließlich oder überwiegend vom Zufall abhängt und bei denen im Zusammenhang mit der Teilnahme eine vermögenswerte Leistung (Einsatz) zu erbringen ist.

**Ausgaben für Glücksspiel** (pro Kopf oder pro Haushalt) werden häufig angeführt, um den Stellenwert des Glücksspiels in der Bevölkerung zu beschreiben. Dabei wird meist nicht nach unterschiedlichen Formen des Glücksspiels unterschieden, da Versuche, die Ausgaben pro Spielform detailliert zu erheben, den Rahmen der meisten Erhebungspläne deutlich sprengen würden.

Da sich Behandlungsdaten ausschließlich auf jene Spielsüchtigen beziehen, die ein Behandlungsangebot in Anspruch nehmen, und da Daten von legalen Glücksspielanbietern nur das legale Glücksspiel erfassen können, werden finanzielle Ausgaben für das Glücksspiel insgesamt vor allem mittels **Bevölkerungsbefragungen** erhoben. Mit diesen Daten ist es möglich, Spielausgaben problematischer/pathologischer Spieler/-innen mit den Spielausgaben unproblematischer Spieler/Spielerinnen zu vergleichen und auch abzuschätzen, welcher Anteil der Glücksspieleinnahmen von problematischen bzw. pathologischen Spielern stammt (Binde 2011; Wood/Williams 2007). Aufbauend auf diesen Daten wird auch versucht, die sozialen Folgekosten, die durch Glücksspiel verursacht werden, abzuschätzen (Blaszczynski et al. 2006).

Ausgaben für Glücksspiel werden aber auch herangezogen, um die **Wirksamkeit therapeutischer Interventionen** abzuschätzen (Blaszczynski et al. 2006; Wood/Williams 2007) und um die Effekte spezifischer politischer Maßnahmen zu bewerten (Volberg et al. 2001).

Die Höhe der Glücksspielausgaben wird meist basierend auf Selbstberichten von Spielern und Spielerinnen quantifiziert. Die Vermutung, dass Selbstangaben bei stigmatisierten Verhaltensweisen und in einem Feld, in dem die Tendenz zur Problemverleugnung sehr groß ist, nicht übermäßig verlässlich sind, wird regelmäßig bestätigt, wenn man die subjektiven Selbstangaben der Spieler/Spielerinnen zu anderen Datenquellen – z. B. den Einnahmen der Glücksspielanbieter – in Beziehung setzt (Auer/Griffiths 2016; Wood/Williams 2007).

Generell zeigt sich, dass Surveys über Haushaltsausgaben die tatsächlichen Ausgaben für Glücksspiel systematisch unterschätzen, während bei Bevölkerungsbefragungen zum Glücksspielverhalten sowohl Unter- als auch Überschätzungen vorkommen (Davidson et al. 2016; Wood/Williams 2007).

Dass Spieler/Spielerinnen retrospektiv oft falsche und inkonsistente Angaben zu ihren Spielausgaben machen, kann viele Gründe haben (Blaszczynski et al. 2006; Volberg et al. 2001; Wood/Williams 2007). So konnte immer wieder gezeigt werden, dass es einen großen Unterschied bedeutet, wie **Fragen formuliert** werden. Die scheinbar eindeutige Frage „Wie viel haben Sie für Glücksspiel ausgegeben?“ lässt einigen Interpretationsspielraum offen, wie Untersuchungen (Blaszczynski et al. 1997; Blaszczynski et al. 2006) anhand von Fallvignetten<sup>27</sup> zeigen konnten.

Wer beschließt, mit 100 Euro in eine Spielstätte zu gehen, und vorhat, maximal diese 100 Euro zu spielen (Anfangskapital = 100), diese 100 Euro in einen Automaten einzahlt und mit den sich dabei ergebenden Gewinnen mit 5 Euro Einsatz pro Spiel 20-mal spielt (Gesamteinsatz = 200

---

27

“You recently decided to gamble \$120 on your favourite form of gambling. You initially won \$60 but then following a bad run of luck, lost \$100. Feeling tired, you decided to leave and return home.” (In Wardle et al. 2007)

Euro), bis er das Spiel beendet, und dann 60 Euro ausbezahlt bekommt, für den ergibt sich ein Gesamtverlust von 40 Euro. Bei einem Gesamteinsatz von 200 Euro und einem Nettoverlust von 40 Euro ergibt sich, dass die betreffende Person im Laufe des Spiels insgesamt 160 Euro gewonnen hat. Auf die Frage, wie viel sie an diesem Spieltag für Glücksspiel ausgegeben hat, sollte diese eigentlich 40 Euro sagen, aber wie die zitierten Untersuchungen aufzeigen, würden manche sich bei dieser Frage für 100 und andere für 200 Euro entscheiden. Besonders relevant ist das, wenn nach Gewinnen und Verlusten gefragt wird. Letztlich hat die Person 60 Euro verloren – aber sie könnte, ohne dass das völlig falsch wäre, auch sagen, sie habe im Lauf des Spiels 160 Euro gewonnen.

Von Bedeutung ist auch der Umstand, **welche Zeiträume** abgefragt werden. Je länger die zu erinnernden Zeiträume sind, umso größer sind die Abweichungen der Antworten von den tatsächlichen Ausgaben (Blaszczynski et al. 2006).

Bei der subjektiven Einschätzung der Ausgaben für Glücksspiel spielen auch noch unterschiedliche **kognitive Verzerrungen** und **Erinnerungen** eine Rolle. So fällt es Spielern/Spielerinnen bei einigen Spielformen wie bei GSA oder Kasinospielen besonders schwer, den Überblick über Einsätze, Verluste und Gewinne zu behalten, da Gewinne oft sofort wieder eingesetzt werden (Binde 2011). Zudem werden Gewinne in der Regel besser erinnert als Verluste, was in Kombination mit Wunschdenken dazu führt, dass Spieler/-innen Gewinne über- und Verluste unterschätzen (Gilovich 1983). Zusätzlich neigen Spieler/-innen dazu, sich im Sinne der sozialen Erwünschtheit als Gewinner/-innen zu präsentieren<sup>28</sup> (Wood/Williams 2007).

Um Angaben von Spielern/Spielerinnen zu Ausgaben für Glücksspiel besser beurteilen zu können, werden Vergleiche mit anderen, objektivierbareren Datenquellen, etwa Aufzeichnungen der Industrie, empfohlen (Volberg et al. 2001) oder prospektive anstelle retrospektiver Aufzeichnungen durch die Spieler/-innen (Wood/Williams 2007). Diese methodischen Zugänge sind allerdings mit einem vergleichsweise hohen (finanziellen) Aufwand verbunden und kommen daher aus pragmatischen Gründen nicht oft zum Einsatz.

---

**Zusammenfassung:** Daten hinsichtlich der Gesamtausgaben für Glücksspiel werden meist durch Selbstberichte von Spielern und Spielerinnen gewonnen. Die Aussagekraft dieser Angaben ist durch die Formulierungen der Fragen, die abgefragten Zeiträume oder kognitive Verzerrungen und Erinnerungsfehler eingeschränkt und kann durch die Zusammenschau mit Daten von Glücksspielanbietern verbessert werden.

---

---

28

Statistics Canada erhebt „expenses from gambling“ und „winnings from gambling“ (Wood/Williams 2007).

## 4.5.4 Verschuldung infolge der Spielsucht

Eine Verschuldung infolge einer Spielsucht kann ebenso wie glücksspielbezogene Straftaten (siehe Kap. 4.5.5) zu den negativen Auswirkungen einer Spielsucht gezählt werden und eignet sich als Indikator für problematisches/pathologisches Glücksspiel (Kap. 3.2).

Unter den zahlreichen möglichen negativen Auswirkungen einer Spielsucht zählt die finanzielle Belastung zu jenen Folgen, die nicht nur den Spieler bzw. die Spielerin, sondern in hohem Ausmaß auch deren Familien betreffen. Unkontrollierbare Schulden führen dazu, dass ausstehende Kredite nicht bedient werden können oder geringere Ausgaben für Haushalt/Lebensunterhalt nicht bestritten werden können, womit sich weitreichende Folgen für die ganze Familie ergeben. Zusätzlich zu diesem sozialen Aspekt sind auch die negativen Auswirkungen von Schulden bzw. Armut (unabhängig von den Ursachen) auf die Gesundheit von Betroffenen gut dokumentiert.

Auch wenn unbestritten ist, dass problematische bzw. pathologische Spieler/-innen häufig Schulden haben, ist das nicht bei allen exzessiv Spielenden der Fall. Studien zu diesem Thema zeigen eine große Varianz in Bezug auf die Schuldenhöhe, was unter anderem auch ein Hinweis auf die methodischen Herausforderungen ist, glücksspielbezogene Schulden zu erheben (Downs/Woolrych 2010). Die negativen finanziellen Auswirkungen exzessiven Glücksspiels zeigen sich nicht nur anhand des Indikators „Schulden“, auch andere Auswirkungen wie etwa das Aufbrauchen von Ersparnissen, eine Reduktion des Wohlstands oder des Lebensstandards sind möglich (Barnard et al. 2013).

Lässt sich ein signifikanter Teil der Schulden einer Person auf ihr Glücksspielverhalten zurückführen, wird häufig der Begriff **glücksspielbezogene Schulden** verwendet, wobei hier zwischen direkten und indirekten Schulden unterschieden werden kann. Von direkten Schulden ist dann die Rede, wenn Schulden gemacht werden, um Spieleinsätze zu finanzieren, und von indirekten dann, wenn Personen, die Geld für Glücksspiel ausgeben, Schulden machen, um Geld für andere Ausgaben, etwa für den Lebensunterhalt, zur Verfügung zu haben (Downs/Woolrych 2010).

Angaben zu den Schulden von Spielern und Spielerinnen basieren meist auf Selbstberichten. Eine methodische Herausforderung bei der Erhebung von Schulden als Folge von Glücksspiel besteht darin, diese „Schulden“ zu definieren (Barnard et al. 2013), d. h. Klarheit darüber zu erlangen, welcher Anteil an den Gesamtschulden dem Glücksspiel zuzuschreiben ist und welcher anderen Ursachen (Downs/Woolrych 2010).

Während Schulden in der praktischen Arbeit mit Spielern und Spielerinnen sehr zentral sind, daher in den Beratungs- und Behandlungssettings meist erhoben werden, existieren vergleichsweise wenige Studien über Verschuldung. Downs/Woolrych (2010) sehen einen Grund für das in dieser Hinsicht geringe Forschungsinteresse im Umstand, dass sowohl Spielsucht als auch Schulden stigmatisiert sind.

Im Forschungskontext wird die Verschuldung von Spielern/Spielerinnen primär als Kriterium zur Beurteilung, ob es sich um problematischen bzw. pathologischen Umgang mit Glücksspiel handelt,

gesehen. In einem therapeutischen Kontext ist die Regulierung bestehender Schulden meist zentraler Teil der Therapie, weil Spieler/-innen bei bestehenden Schulden dem Versuch, diese durch eine weitere Teilnahme am Glücksspiel auszugleichen, oft nur schwer widerstehen können, wodurch das Ziel, spielfrei zu leben, gefährdet ist.

---

**Zusammenfassung:** Problematisches/pathologisches Glücksspiel hat in den meisten Fällen negative finanzielle Auswirkungen. Viele betroffene Spieler/-innen weisen Schulden auf. Bei der Erhebung von Schulden besteht eine wesentliche Herausforderung darin, „Schulden“ zu definieren und zu bestimmen, welcher Anteil der Schulden auf Glücksspiel zurückzuführen ist und welcher andere Ursachen hat.

---

### 4.5.5 Glücksspielbezogene Straftaten

In der Regel ist exzessives Glücksspiel mit hohen Geldausgaben verbunden, was bei den meisten Spielern und Spielerinnen auf Dauer zu einer prekären finanziellen Situation führt. Mit zunehmender Spielintensität zweckentfremden viele problematische/pathologische Spieler/-innen Geld, das z. B. für den Lebensunterhalt vorgesehen ist, und verwenden dieses als Spieleinsatz. Sind eigene bzw. legale Ressourcen wie Ersparnisse oder der Kreditrahmen ausgeschöpft, setzt ein Teil der problematischen/pathologischen Spieler und Spielerinnen illegale Aktivitäten, um Geld für Glücksspiel zu generieren bzw. dadurch entstandene Schulden zu begleichen (Puhm/Uhl 2017).

Aussagen zu glücksspielbezogenen Straftaten können auf Basis von **Bevölkerungsbefragungen**, von **Daten aus Behandlungseinrichtungen**, von **Daten der Exekutive** bzw. von **Daten aus dem Justizsystem** (z. B. Analyse von Polizeiakten, Gerichtsakten und Daten aus Justizanstalten) abgeleitet werden. Obwohl die Interpretation der Daten aus unterschiedlichen Datenquellen und deren Vergleichbarkeit und Generalisierbarkeit aufgrund zahlreicher Herausforderungen eingeschränkt sind, kann gesagt werden, dass problematisches/pathologisches Glücksspiel die Verübung von bestimmten Straftaten wahrscheinlicher macht. Die Ergebnisse in Hinblick auf das Ausmaß des Einflusses sind nicht einheitlich, was auf unterschiedliche Definitionen, die Art der Stichprobennziehung und die verwendeten Messmethoden zurückzuführen ist (Puhm/Uhl 2017).

Zusammenhänge zwischen Glücksspiel und Straftaten können unterschiedlich zustande kommen: So kann ein nichtkausaler Zusammenhang bestehen, z. B. dadurch, dass sowohl dem Glücksspiel als auch kriminellen Handlungen ein gemeinsamer Faktor wie etwa eine reduzierte Impulskontrolle zugrunde liegt (Scheinzusammenhang), und es kann ein kausaler Zusammenhang bestehen, z. B. wenn große glücksspielbezogene Ausgaben sich anders als nichtfinanzierbar erweisen (Allen Consulting Group 2011; Perrone et al. 2013). Von glücksspielbezogenen Straftaten sollte man eigentlich nur dann sprechen, wenn tatsächlich ein kausaler Zusammenhang zwischen Glücksspiel und Straftat vorliegt.

Unter Experten und Expertinnen gibt es unterschiedliche Auffassungen, welche **Deliktarten** unter „glücksspielbezogene Straftaten“ zu subsumieren sind (ein engeres Verständnis umfasst nur Eigentumsdelikte, ein weiteres Verständnis inkludiert auch Deliktarten, die ursächlich im Zusammenhang mit Spielsucht stehen, aber nicht dem Lukrieren von Spieleinsätzen dienen, wie z. B. Gewaltdelikte an Angehörigen, die begangen werden, weil diese das Glücksspielverhalten kritisieren).

Das Spektrum glücksspielbezogener Straftaten ist sehr differenziert. Es inkludiert Handlungen innerhalb der Familie und Straftaten außerhalb der Familie. Handlungen innerhalb der Familie umfassen Verhaltensweisen wie das Entwenden von Geld oder die Belastung der Kreditkarten von Partnern/Partnerinnen ohne deren Wissen, die Veräußerung von Familienbesitz oder die Zweckentfremdung von Ersparnissen. Derartige Handlungen innerhalb der Familie finden zwar in hohem Ausmaß statt, werden aber von den Spielern/Spielerinnen aufgrund kognitiver Verzerrungen meist nicht als wirkliche Straftaten erlebt (Allen Consulting Group 2011; Marshall/Marshall 2003; Meyer, G. / Bachmann 2011). Diese Delikte werden darüber hinaus aus Scham, oder weil man dem Betroffenen nicht schaden will, nicht angezeigt und scheinen daher in Kriminalstatistiken kaum auf, obwohl sie für die individuelle therapeutische Arbeit mit Spielern und Spielerinnen zentral sind und für das familiäre bzw. soziale Umfeld eine enorme Belastung darstellen.

Sowohl repräsentative Bevölkerungsbefragungen über die Verbreitung von Glücksspiel in der Bevölkerung als auch Studien, die Daten von Gesundheitssurveys mit dem nationalen Strafregister verknüpfen, zeigen, dass problematische bzw. pathologische Spieler/-innen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung häufiger Straftaten begehen (Productivity Commission 1999; Tremayne et al. 2001) bzw. häufiger Verurteilungen aufweisen (Laursen et al. 2016).

Bei **Bevölkerungsbefragungen** zur Erhebung glücksspielbezogener Straftaten gilt es zu bedenken, dass Personen mit gravierenden Problemen deutlich seltener an derartigen Erhebungen teilnehmen als Personen ohne derartige Probleme und dass man bei heiklen Themen wie Straftatbeständen kaum von der notwendigen Offenheit der Befragten den fremden Interviewern/Interviewerinnen gegenüber ausgehen kann (Puhm/Uhl 2017).

**Behandlungsdaten** sind diesbezüglich verlässlicher, da Personen im Rahmen der Anamneseerhebung aufgrund des Vertrauensverhältnisses zu den Therapeuten/Therapeutinnen bzw. ihres großen Leidensdrucks häufig recht offen über Straftaten berichten (Puhm/Uhl 2017). Da sich Spieler und Spielerinnen, die formelle Hilfe in Anspruch nehmen, von solchen, die das nicht tun, deutlich unterscheiden, ist eine Verallgemeinerung auf alle pathologischen Spieler/-innen nur bedingt zulässig (Braun et al. 2014; Productivity Commission 1999).

**Anzeige- und Verurteiltenstatistiken** sind eine weitere potenzielle Quelle zur Erhebung glücksspielbezogener Straftaten, aber nur dann sinnvoll, wenn damit zusammenhängende Hintergrundinformationen (Spielsucht als Tatmotiv) umfassend dokumentiert wurden, was häufig nicht der Fall ist. Auf Verurteilungen basierende Daten führen zu einer erheblichen Unterschätzung der tatsächlichen Zahl der glücksspielbezogenen Straftaten, da Angeklagte ihre Spielsucht meist nicht als mildernden, sondern als erschwerenden Umstand begreifen.

---

**Zusammenfassung:** Verschiedene Datenquellen zeigen, dass problematische/pathologische Spieler/-innen häufiger Straftaten begehen, um Geld für Glücksspiel aufzubringen bzw. die dadurch entstandenen Schulden zurückzuzahlen. Ein unterschiedliches Verständnis glücksspielbezogener Straftaten (in Bezug auf die Deliktarten), die Einordnung von Delikten innerhalb der Familie und methodische Herausforderungen der verschiedenen Datenquellen wie z. B. Bevölkerungsbefragungen, Behandlungsdaten, Daten der Exekutive und Justiz führen zu Unter- bzw. Überschätzung der tatsächlichen Zahl glücksspielbezogener Straftaten.

---

## 4.5.6 Spielsperren und -beschränkungen

**Spielsperren** stellen weltweit eine zentrale Maßnahme des Spielerschutzes dar. Spielsperren können sowohl anbieterseitig (Fremdsperre) als auch spielerseitig (Selbstsperre) erfolgen. Selbstsperrern zielen darauf ab, den Zugang zu Spielmöglichkeiten zu reduzieren und bieten Spielern und Spielerinnen die Möglichkeit, ihr Vorhaben, nicht zu spielen, auch in emotionalen Situationen durchzuhalten, in denen sie sich sonst spontan nicht an ihren Vorsatz halten würden.

Generell lässt sich sagen, dass die Inanspruchnahme von Selbstsperrern durch Spieler/-innen und deren Effektivität erheblich von den konkreten Rahmenbedingungen der Spielsperre, etwa den unterschiedlichen Modellen bzw. Beantragungsoptionen und begleitenden Maßnahmen, abhängig sind (Blaszczynski 2002; Hayer/Meyer 2011). Offensichtlich ist, dass die Effektivität von Zugangsbeschränkungen stark davon abhängt, welche Möglichkeiten des Ausweichens auf andere Anbieter oder andere Spielarten vorhanden sind. Spielsperren, die auf einzelne Spielstätten bzw. Anbieter beschränkt sind, bieten viele Alternativen, sie zu umgehen. Aus diesem Grund kommt anbieterübergreifenden, auf nationaler Ebene implementierten Sperrern und Beschränkungen eine besondere Bedeutung zu.

Grundsätzlich steht auch Spielteilnehmern/-teilnehmerinnen ohne problematisches Spielverhalten die Beantragung einer Spielsperre offen, allerdings zeigen Studien, dass sich vor allem problematische bzw. pathologische Spieler/-innen selbst sperren lassen. Der **Anteil der pathologischen Spieler/-innen** unter jenen, die sich selbst sperren ließen, variiert in Untersuchungen in Kanada zwischen 73 % (Ladouceur et al. 2007) und 95 % (Ladouceur et al. 2000). Die Analyse von Kasinosperren in der Schweiz zeigt, dass dort durchschnittlich nur 66 %<sup>29</sup> der Spieler/-innen mit einer Selbstsperre ein problematisches oder pathologisches Spielverhalten aufweisen (Lischer 2016). In diesen Unterschieden können sich tatsächliche Unterschiede widerspiegeln, es kann aber auch sein, dass die Unterschiede primär anhand unterschiedlicher Erhebungsmethoden und Grenzziehungen zu erklären sind. Auch wenn die Befunde nicht ganz einheitlich sind, kann man festhalten, dass Spielsperren in hohem Ausmaß von Spielern und Spielerinnen mit problematischem bzw. pathologischem Spielverhalten in Anspruch genommen werden.

---

29

Durchschnitt der Jahre 2006–2015. Screening mittels DSM-IV

Kriterien, um die Wirksamkeit von Spielsperren zu quantifizieren, sind unter anderem „geringere Spielausgaben“, „höhere Abstinenz vom Spielen“, „Abnahme der finanziellen Notlage“, „ein stärkeres subjektives Gefühl der Kontrolle über die Umstände“ und ein „verbessertes psychosoziales Befinden“ (Thomas et al. 2016a). Ergebnisse von Studien aus unterschiedlichen Regionen und zu unterschiedlichen Zeitpunkten betreffend die Effektivität von Spielsperren sind allerdings nur schwer vergleichbar, da die Studien auf unterschiedlichen Modellen vor dem Hintergrund unterschiedlicher gesetzlicher Rahmenbedingungen basieren und da die Untersuchungszeiträume teils länger zurückliegen, weswegen zwischenzeitliche Adaptierungen bei älteren Untersuchungen natürlich nicht berücksichtigt sind (Parke/Rigbye 2014).

Empirische Ergebnisse in puncto **Spielsperren** bauen einerseits auf Basis von **Sperrdateien** auf, andererseits auf subjektiven **Befragungsdaten** wie Bevölkerungsbefragungen, Befragungen von Spielteilnehmern/-teilnehmerinnen oder von einschlägigen Behandlungseinrichtungen. Befragungsdaten zur Erfassung von Spielsperren sind insofern problematisch, als Spieler/-innen teilweise die Frage nach bestehenden Spielsperren auch dann positiv beantworten, wenn diese noch nicht umgesetzt, aber zumindest angedacht wurden (SACES 2005).

Die Einführung elektronischer Systeme macht nicht nur die Administration von Spielsperren einfacher, sondern bewirkt auch, dass Daten bezüglich Spielsperren (über die Anbieter) leichter verfügbar sind. Damit fallen in Ländern, in denen das der Fall ist, einige methodische Herausforderungen früherer Zeiten weg.

Als **Spielbeschränkungen bzw. Selbstlimitierungen** sind Besuchslimits (max. Anzahl von Tagen in einem bestimmten Zeitraum) oder monetäre Limits (max. Einsatz / max. Verlust in Euro in einem bestimmten Zeitraum) möglich. Spielbeschränkungen sind Maßnahmen, bei denen Spieler/-innen vor Spielbeginn zeitliche bzw. monetäre Limits festlegen. Diese beruhen auf dem Prinzip, dass Spielteilnehmer/-innen Entscheidungen über wesentliche Spielaspekte außerhalb einer emotionalen Situation (etwa in Verlustsituationen) treffen und diese im vereinbarten Zeitraum nicht mehr rückgängig machen können. Damit sollen impulsive Handlungen bzw. exzessive Ausgaben vermieden werden, die infolge einer eingeschränkten Selbstkontrolle getätigt werden. International kommen verschiedene Modelle zur Selbstlimitierung zum Einsatz, die sich anhand unterschiedlicher Kriterien voneinander unterscheiden (Ladouceur et al. 2012; Productivity Commission 2010a; Thomas et al. 2016b).

Trotz einiger Einzelbefunde über positive Effekte von Selbstlimitierungen für zumindest einen Teil der Spieler/-innen fehlen aufgrund diverser methodischer Herausforderungen und heterogener Modelle vor dem Hintergrund unterschiedlicher gesetzlicher Rahmenbedingungen eindeutige, generalisierbare Aussagen zur Effektivität dieser Maßnahmen, sowohl was die Mehrheit der Spieler/-innen als auch solche mit problematischem/pathologischem Spielverhalten betrifft (Ladouceur et al. 2012; Parke et al. 2008; Productivity Commission 2010a). Obwohl Experten/Expertinnen der Prävention und Behandlung die Maßnahme der Selbstlimitierung generell sehr be-



fürworten, argumentiert die Spielindustrie im Zuge der Implementierung von Selbstlimitierungstools, dass angesichts des fehlenden Nachweises der Effektivität der Maßnahme die durch deren Umsetzung entstehenden Kosten nicht gerechtfertigt seien<sup>30</sup> (Ladouceur et al. 2012).

### Methodische Überlegungen

Im Zusammenhang mit einem Glücksspielmonitoring ist es nicht nur wichtig, Aussagen zur Verbreitung des problematischen bzw. pathologischen Glücksspiels zu treffen, sondern auch Aussagen über die Inanspruchnahme von Spielerschutzmaßnahmen treffen zu können. Dazu sind Zahlen in Bezug auf Spielsperren geeignet, sofern man diese in Beziehung zur Anzahl der Problemspieler/-innen setzen kann.

Spielsperren betreffende Daten können nicht nur auf Basis von **Sperrdateien**, sondern grundsätzlich auch mittels **Befragungen von Spielern/Spielerinnen in Behandlungseinrichtungen** gewonnen werden. Bei Befragungen beruhen die Daten auf Selbstangaben der Spieler/-innen, was mit den bekannten methodischen Problemen verbunden ist. Werden Spieler/-innen in Behandlungseinrichtungen befragt, kommt es zu einer Überschätzung der Effektivität dieser Maßnahme, da Patienten/Patientinnen in Behandlung eine höhere Bereitschaft zeigen, ihre Spielsucht unter Kontrolle zu bekommen (Productivity Commission 2010b) und deshalb Spielsperren veranlassen.

Da nur ein begrenzter Teil der problematischen Spieler und Spielerinnen anbieterseitig gesperrt wird oder selbst eine Sperre veranlasst (Productivity Commission 2010a), ist es nicht zulässig, aus der Zahl der Spielsperren auf den Anteil der Spielsüchtigen zu schließen. Wie viele der Spielsüchtigen einer Einrichtung oder Region gesperrt sind, hängt von den Angeboten der Anbieter, dem Bekanntheitsgrad dieser Angebote und der Bereitschaft der betreffenden Personen, derartige Angebote zu akzeptieren, ab. Zudem können **unterschiedliche Motivationslagen** für den Antrag auf Selbstsperre bestehen, weshalb diese nicht zwangsläufig mit problematischem bzw. pathologischem Spielverhalten gleichgesetzt werden sollten. Rückmeldungen von Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen in Spielstätten ergaben, dass manche Spieler/-innen, die oft gar keine Problemspieler/-innen sind, ihren Ärger über das Angebot (auch über Rahmenbedingungen, die nicht mit dem eigentlichen Spielangebot zusammenhängen) kundtun, indem sie sich für Spielsperren entscheiden. Diese Einschätzung wird unter anderem auch durch die Ergebnisse einer Studie bekräftigt, bei der ein Teil jener, die Spielsperren im Onlineglücksspiel initiiert haben, angaben, so ihre Unzufriedenheit mit dem Angebot des Anbieters auszudrücken oder generell nicht mehr an einer Glücksspielteilnahme interessiert zu sein (Chagas/Gomes 2017). Inwieweit es sich in diesen Fällen um anekdotisch berichtete Einzelfälle handelt oder nicht, ist schwer einschätzbar. Es kann auch gemutmaßt werden, dass es sich dabei nur in einigen Fällen um „effektvolle Abgänge“ handelt bzw. dieser Grund vorgeschoben wird, um (sich) nicht einzugestehen zu müssen, dass die Kontrolle über das Spielen nicht mehr vorhanden ist, also eine Spielsucht besteht.

---

30

Bei der Einführung von Spielbeschränkungen in Australien gab es entsprechende Debatten zwischen der Regierung und der Spielindustrie (Ladouceur et al. 2012).

Auch wenn aus den Sperrdaten nicht direkt auf die Zahl der Spielsüchtigen geschlossen werden kann, so könnten diese Zahlen aber als Grundlage für Schätzverfahren dienen, wenn man die Zahl der gesperrten Personen kennt und mittels Befragungen erhebt, wie viele pathologische Spieler/Spielerinnen gesperrt sind (Multiplier-Ansatz).

Bei der **Darstellung und Interpretation** von Daten betreffs Spielsperren sind **zahlreiche Aspekte** wie etwa die rechtlichen Rahmenbedingungen bzw. Sperroptionen zu berücksichtigen. Auch der Umstand, dass Berichte der Anbieter Daten in unterschiedlicher Art und Weise auswerten, etwa nach „aktiven Sperren“ oder „aufgehobenen Sperren“, und oft nicht zwischen anbieterseitigen und spielerseitigen Sperren unterscheiden, macht Aussagen und Vergleiche schwierig (Productivity Commission 2010b).

Liegt weder ein Monopol noch ein Sperrverbund vor, kann man die Gesamtzahl der gesperrten Spieler und Spielerinnen in einer Region nicht ermitteln, indem man die Sperren eines Anbieters zusammenzählt, weil Mehrfachzählungen auftreten (Productivity Commission 2010b). Mitunter entstehen Mehrfachzählungen innerhalb eines Anbieters auch dadurch, dass Personen hintereinander mehrere Sperren mit kurzer Dauer veranlassen.

### **Daten bezüglich Spielsperren und Spielbeschränkungen in Österreich**

Sowohl das GSpG als auch die jeweiligen Gesetze zur Regulierung der Landesausspielungen beinhalten Bestimmungen zur Austauschverpflichtung der Anbieter. Die entsprechende Bestimmung in § 5 Abs. 5 (8) GSpG verpflichtet die Bundeskonzessionäre, Daten von Fremd- und Selbstsperren, Verlust- und Besuchslimits dem BMF zu übermitteln. Diese Bestimmungen betreffen Spielbanken, VLT und Onlineangebote. Lizenznehmer auf Landesebene (Automatenspiel im Sinne der Landesausspielungen) unterliegen dieser Verpflichtung auf Basis des jeweiligen Landesgesetzes, wobei eine Berichtspflicht gegenüber der Landesregierung besteht. Gegenwärtig finden Planungsschritte statt, um ein einheitliches Berichtswesen gegenüber dem BMF durch alle Erlaubnisländer zu ermöglichen.

Spielbanken sind dazu verpflichtet, Besuchern/Besucherinnen, deren Existenzminimum durch die Teilnahme am Glücksspiel gefährdet ist, als letzte Konsequenz – nach unterschiedlich abgestuften Maßnahmen – den Besuch in der Spielbank zu untersagen (§ 25 [3] 1 b GSpG). Die Grundlage von Fremdsperren sind primär finanzielle Indikatoren, z. B. das Vorliegen einer Privatinsolvenz oder das Nichtbezahlen offener Forderungen. Wer finanzielle Probleme hat, kann selbst dann, wenn er kaum dem Glücksspiel nachgeht und sicherlich nicht glücksspielgefährdet ist, von Anbietern gesperrt werden. Unterschiedlich motivierte Spielsperren werden von den Anbietern meist auch unterschiedlich codiert, was eine detaillierte Auswertung möglich macht. Spielsperren als Indikator für problematischen bzw. pathologischen Umgang mit Glücksspielen zu interpretieren ist daher nur dann sinnvoll, wenn zwischen den unterschiedlichen Arten von Spielsperren (Fremdsperren vs. Selbstsperren) bzw. den unterschiedlichen Motiven, die zu Sperren geführt haben, unterschieden wird.

Hinsichtlich des Spielerschutzes gelten **betreiberübergreifende Sperrdateien**, die ein Ausweichen gesperrter Spieler/-innen auf andere legale Angebote verhindern sollen, als anzustrebende Maßnahme. International existieren bereits einige betreiberübergreifende Sperrsysteme wie etwa GAMSTOP<sup>31</sup>, MOSES<sup>32</sup> oder OASIS<sup>33</sup>.

Anders als z. B. in Deutschland existiert in Österreich bis dato noch keine gesetzliche Verpflichtung zur Teilnahme an einem Sperrverbund. Entsprechend einer Empfehlung der EU-Kommission an die Mitgliedstaaten zur Einführung eines nationalen Registers für Selbstsperrungen (European Commission 2014) existieren aber auch in Österreich bereits konkrete Bemühungen, gesperrte Spieler/-innen über eine gemeinsame Datenbank zu administrieren. Gegenwärtig wäre es aufgrund der gesetzlichen Lage nur möglich, Spieler/-innen in eine gemeinsame Sperrdatei aufzunehmen, wenn sie dem explizit zustimmen, was die Aussagekraft von Sperrdaten zusätzlich einschränkt, da damit nicht alle als Problemfälle erkannten Personen lückenlos erfasst werden.

Glücksspielunternehmen formulieren verschiedene Bedenken in Bezug auf einen gemeinsamen Sperrverbund. Diese bestehen u. a. hinsichtlich der gesetzlichen Grundlagen (fehlende Präzisierung), des Datenschutzes (z. B. fehlende Zustimmung bereits gesperrter Spieler/-innen) und der Administration der Sperrdatei (unabhängige Institution). Es besteht vereinzelt auch die Forderung, dass der gemeinsamen Datei nur Personen gemeldet werden, die tatsächlich ein problematisches/pathologisches Spielverhalten zeigen. Ungeachtet des Umstands, ob die Bedenken der Glücksspielunternehmen der aktuellen Gesetzeslage vollinhaltlich entsprechen oder nicht, ist als erster Schritt eine Variante eines Sperrverbundes geplant, bei der einige der genannten Bedenken berücksichtigt werden. In diesem Sinne können in die gemeinsame Sperrdatei nur Spieler/-innen eingemeldet werden, die sowohl ihren Antrag über eine Beratungs- und Behandlungseinrichtung stellen als auch ihre ausdrückliche Zustimmung zur Erfassung in einer gemeinsamen Datei geben. Bei der Interpretation der Daten aus dieser Sperrdatei wäre es vom Prozedere her klar, dass es sich bei den Erfassten ausschließlich um problematische/pathologische Spieler und Spielerinnen handelt, da sie Kontakt mit dem Beratungs- und Behandlungssetting haben.

Grundsätzlich ist natürlich auch für den Fall, dass die aktuelle Gesetzeslage Freiwilligkeit und Pathologie voraussetzt, zu fordern, dass die gesetzlichen Bedingungen so angepasst werden, dass diese Begrenzungen nicht zur Anwendung kommen. Bei der Kreditschutzkartei, den Meldungen über ansteckende Krankheiten oder dem Strafregister ist die Eintragung in eine zentrale Datei ja auch ohne Zustimmung der betreffenden Personen vorgesehen.

Liegt eine betreiberübergreifende Sperrdatei vor, stellen sich auch die Fragen, wer hinsichtlich

---

31

GAMSTOP inkludiert alle Glücksspielwebseiten und -apps, die in Großbritannien lizenziert sind.

32

Das System MOSES (multi-operator self-exclusion scheme) inkludiert alle britischen lizenzierten Glücksspielanbieter.

33

Des Systems OASIS (Onlineabfrage Spielerstatus) bedienen sich Anbieter von Glücksspielen in Deutschland, die nach dem Glücksspielstaatsvertrag verpflichtet sind, sich am Spielersperrsystem zu beteiligen.

dieser Datei abfrageberechtigt ist und ob die betreffenden Daten in anonymisierter Art und Weise auch für wissenschaftliche Auswertungen benützt werden können. Gesperrte Spieler/-innen an der Teilnahme am Glücksspiel zu hindern ist grundsätzlich nur dann möglich, wenn den Angestellten der Glücksspieleinrichtungen bekannt ist, ob im jeweiligen Fall eine aufrechte Spielsperre vorliegt. Was hier aus Datenschutzgründen möglich und geplant ist, ist zurzeit noch nicht präzise ausformuliert.

## Sperrdaten

Die Casinos Austria AG (CASAG) ist aufgrund der Bestimmungen des GSpG dazu verpflichtet von jedem Besucher einer Spielbank Name, Geburtsdatum, Nationalität, Geschlecht und Besuchsdaten sowie Spielverhaltensdaten zu speichern. Außerdem verfügt die CASAG auch über personenbezogene Daten im Hinblick auf Bonität, Besuchsbeschränkungen und Spielsperren (selbst- oder fremdinitiiert). Aufgrund Bestimmungen des GSpG ist die CASAG verpflichtet, alle diese Daten unter Wahrung des Spielgeheimnisses aufzubewahren und nicht an Dritte weiterzugeben.

Da Spielsperren ein wichtiger Bestandteil eines bundesweiten Glücksspielmonitoring sein können, erfolgte eine Kontaktaufnahme mit der CASAG, um die Verwendung von Sperrdaten im Rahmen eines zukünftigen Glücksspielmonitorings zu klären. Bei der CASAG existiert grundsätzlich eine Bereitschaft zur diesbezüglichen Kooperation. Selbstverständlich besteht die CASAG in diesem Zusammenhang darauf, dass Datenschutzbestimmungen nicht verletzt werden. Außerdem wurde die Besorgnis formuliert, dass die isolierte Betrachtung einzelner Indikatoren beim Vergleich mit anderen Konzessionären zu Fehlinterpretationen führen könnte, da es bei unterschiedlichen Konzessionären zu einer unterschiedlichen Handhabung von Selbstsperrungen, einer unterschiedlichen Berücksichtigung von Insolvenzdaten, etc. kommt.

Unter der Voraussetzung, dass Daten nur in einer Form verwendet werden, aus denen kein Rückschluss auf einzelne Spieler möglich ist (entsprechend große Fallzahl pro Teilgruppe) ist davon auszugehen, dass in Zukunft in dieser Angelegenheit eine entsprechende Kooperation mit der CASAG möglich sein wird.

---

**Zusammenfassung:** Spielsperren und Spielbeschränkungen stellen eine effektive Maßnahme des Spielerschutzes dar. Wie wirksam diese Maßnahmen sind, hängt davon ab, wie sie organisiert sind: d. h. von Beantragungsoptionen, begleitenden Maßnahmen und vor allem davon, welche Möglichkeiten des Ausweichens auf äquivalente Angebote bzw. Anbieter es gibt. Grundsätzlich stehen Sperrmaßnahmen allen Spielteilnehmern und -teilnehmerinnen zur Verfügung, aber Untersuchungen zeigen bei Selbstsperrungen einen hohen Anteil problematischer/pathologischer Spieler und Spielerinnen. Die methodischen Schwächen, die auftreten, wenn Spielsperren basierend auf Selbstberichten von Spielern und Spielerinnen analysiert werden, können durch die Auswertung von Sperrdaten von Anbietern größtenteils überwunden werden. Aus den Sperrdaten kann nicht direkt auf die Zahl der Spielsüchtigen geschlossen werden, da nur ein gewisser Teil der Spielsüchtigen gesperrt wird und da auch Personen gesperrt werden, die nicht spielsüchtig sind. Um diese Daten als Grundlage für Schätzverfahren anwenden zu können, ist ein anbieterübergreifender Sperrverbund notwendig, der in Österreich zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht existiert.

---

# 5 Daten problematischen und pathologischen Glücksspielverhaltens in Österreich

## Verwendete Datenquellen

In Kapitel 5 wird die Gruppe der problematischen bzw. pathologischen Spieler/-innen in Österreich anhand diesbezüglich verfügbarer Daten beschrieben.

Berücksichtigt wurden die beiden **Bevölkerungsbefragungen** von Kalke (Kalke et al. 2011; Kalke/Wurst 2015; Kap. 4.1.2) und die Bevölkerungserhebung zum Substanzgebrauch 2015 (Strizek/Uhl 2016; Kap. 4.1.2).

Die zur Verfügung stehenden **Behandlungsdaten** umfassen eine ambulante Einrichtung aus Wien (Spielsuchthilfe Wien) sowie alle steirischen Einrichtungen mit Beratungs- und Behandlungsangeboten für Spielsüchtige (ambulant/stationär; ausgewiesen als Daten der Fachstelle Glücksspielsucht Steiermark) sowie Daten aus der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten (DLD; Kap. 4.2.2). Die Darstellung der Behandlungsdaten zielt nicht auf eine systematische Präsentation verfügbarer Daten aus allen Einrichtungen<sup>34</sup> ab, sondern auf die Darstellung und Beschreibung von Herausforderungen und daraus resultierenden Empfehlungen (Kap. 6).

## Hinweise zur Datengrundlage der Einrichtungen

Die **Spielsuchthilfe Wien** wurde 1982 gegründet und ist als ambulante Betreuungseinrichtung Anlaufstelle für gefährdete, problematische und abhängige Glücksspieler/-innen und deren Angehörige. Die Behandlungsdaten werden in jährlich erscheinenden Jahresberichten der Spielsuchthilfe dargestellt<sup>35</sup>. In den Berichten werden die Daten für unterschiedliche Subgruppen gesondert ausgewertet und dargestellt (Onlineberatung; persönlich Betreute [gesamte Klientel {= Angehörige + Spieler/-innen}], Spieler/-innen [Erstkontakte bzw. alle Spieler/-innen]). In den folgenden Kapiteln werden ausschließlich Daten der persönlich betreuten Spieler und Spielerinnen (bezogen auf Erstkontakte oder alle Spieler/-innen eines Jahres) ausgewertet und dargestellt.

Bei einigen Variablen werden Zeitverläufe dargestellt, die meist bis ins Jahr 2001 zurückreichen. Diese Zeitreihen sind möglich, da es in diesem Zeitraum zu keinen Änderungen bei der Art der erhobenen Variablen und den Erhebungsabläufen gekommen ist. Einige Variablen werden erst später eingeführt, andere im Laufe der Zeit modifiziert, weshalb sich die Grafiken in den folgenden Kapiteln auf unterschiedliche Zeitspannen beziehen.

---

34

Die Auswahl der Einrichtungen wurde in Absprache mit dem Auftraggeber getroffen.

35

auch abrufbar auf der Homepage der Spielsuchthilfe Wien (<http://www.spielsuchthilfe.at>)

Die **Fachstelle Glücksspielsucht Steiermark** wurde 2009 im Auftrag des Gesundheitsressorts des Landes Steiermark gegründet. An der Einrichtung selbst erfolgt keine Beratung und Behandlung von Spielern und Spielerinnen. Zu den Hauptaufgaben der Fachstelle zählen die Vernetzung von Beratungs- und Behandlungseinrichtungen, Kooperationspartnern, wissenschaftlichen Experten und Expertinnen, dem Suchtkoordinator, den zuständigen Politikern und Politikerinnen und den Medien sowie die Dokumentation.

Es wurde ein Dokumentationssystem entwickelt, das die Datenerhebung bei Klienten/Klientinnen mit problematischem/pathologischem Glücksspielverhalten in allen Beratungs- und Behandlungseinrichtungen in der Steiermark vereinheitlicht. Diese Einrichtungen behandeln nicht nur Spieler und Spielerinnen, sondern auch Klienten und Klientinnen mit anderen Suchtproblemen. Die Daten der Spieler/-innen werden seit 2011 auf Basis des einheitlichen Systems erhoben, durch die Fachstelle Glücksspielsucht Steiermark ausgewertet und u. a. in Form von Jahresberichten auf der Webseite<sup>36</sup> veröffentlicht. Auch hier wurden manche Variablen im Erhebungszeitraum modifiziert, weswegen nicht bei allen Variablen Zeitreihen möglich sind.

### **Methodische Hinweise zur Auswertung und Darstellung der Daten**

Die Auswertungen werden anhand inhaltlicher Fragestellungen dargestellt. Bei einigen Variablen wird die gleiche Datengrundlage in verschiedenen Grafiken dargestellt. Die Darstellung von Absolutzahlen dient zur deskriptiven Beschreibung der Klientel einer Einrichtung. Für epidemiologische Fragestellungen ist allerdings erheblich, ob und in welchem Umfang bestimmte Merkmale bei Spielsüchtigen öfter als in der Normalbevölkerung vorkommen. Um das darstellen zu können, ist ein Vergleich der erfassten Klientel mit einer Referenzgruppe notwendig, die bezüglich des relevanten Merkmals die Verhältnisse der Normalbevölkerung repräsentiert und hinsichtlich der Alters- und Geschlechtszusammensetzung der erfassten Klientel entspricht (indirekte Standardisierung). Als Grundlage für die Generierung der **Referenzstichprobe** dienen die **Bevölkerungsdaten 2015 der Statistik Austria**.

## **5.1 Prävalenz der Glücksspielteilnahme**

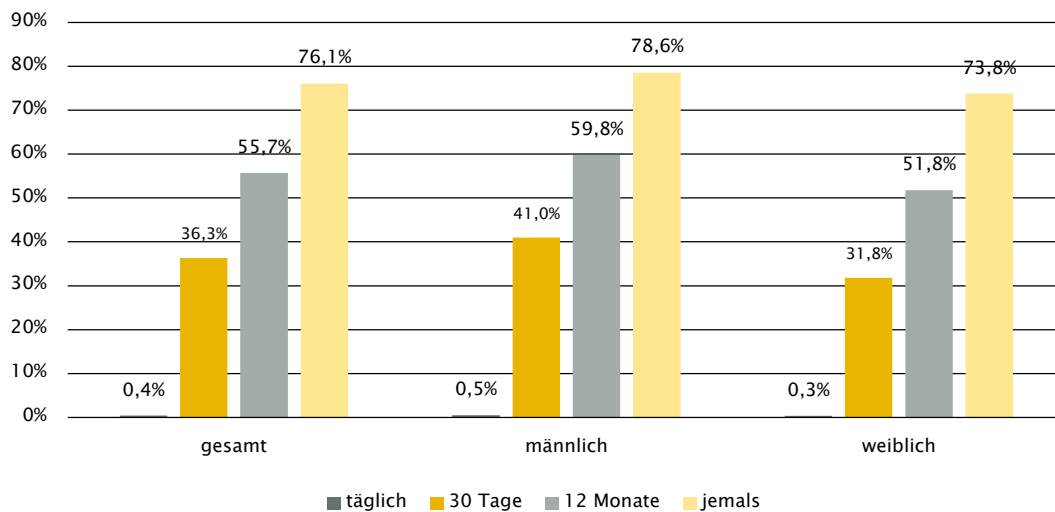
Die **Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch 2015** (Strizek/Uhl 2016) ergibt, dass nur etwa ein Viertel der befragten Österreicher/-innen (23 Prozent) nach eigenen Angaben noch nie an einem Glücksspiel oder an Sportwetten teilgenommen hat. Mit 56 Prozent hat etwas mehr als die  **Hälfte der Befragten** in den letzten 12 Monaten an einem Glücksspiel oder einer Sportwette teilgenommen und etwas  **mehr als ein Drittel** (37 Prozent) berichtet über eine Teilnahme innerhalb der letzten 30 Tage. Tägliche Teilnahme an Glücksspiel oder Sportwetten wird nur von 0,4 Prozent der Stichprobe berichtet (Abbildung 5.1). Aussagen zur Prävalenz problematischen bzw. pathologischen Glücksspiels können anhand der Untersuchungsdaten nicht getroffen werden (Kap. 4.5.2).

---

36

[www.fachstelle-gluecksspielsucht.at](http://www.fachstelle-gluecksspielsucht.at)

Abbildung 5.1:  
Prävalenz der Teilnahme an Glücksspiel oder Sportwetten nach Geschlecht,  
Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch 2015

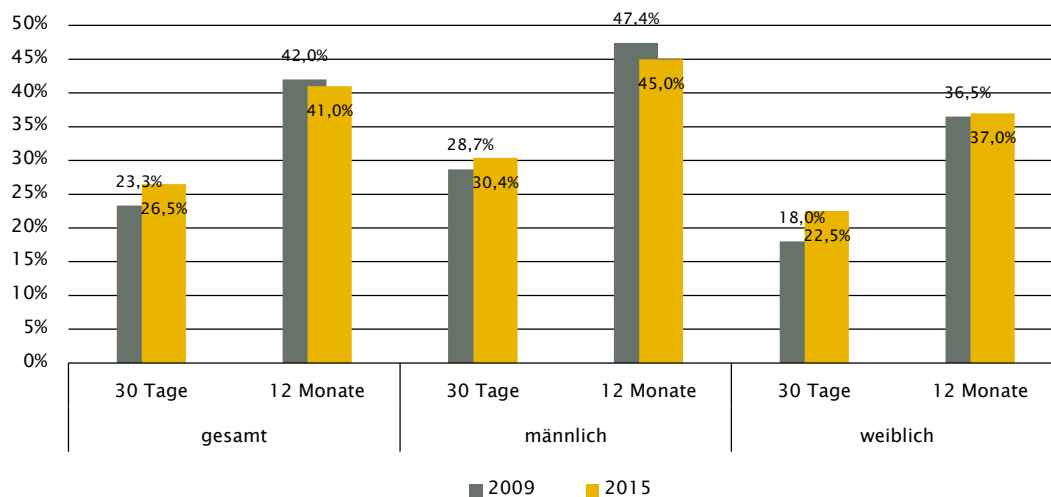


Quelle: GPS 2015 (Variable Glü1) (Strizek/Uhl 2016); Darstellung: GÖG

Die beiden **Glücksspiel-Repräsentativbefragungen** (Kalke et al. 2011; Kalke/Wurst 2015) erheben die 30-Tage- und 12-Monate-Prävalenz ausschließlich in Bezug auf die Teilnahme an Glücksspielen (ohne Sportwetten). Hier zeigt sich, dass im Jahr 2009 ca. 23 Prozent und im Jahr 2015 ca. 27 Prozent der Befragten innerhalb der letzten 30 Tage an einem Glücksspiel teilgenommen haben (Abbildung 5.2). In dem Zeitraum zwischen den beiden Befragungen kam es bei beiden Geschlechtern zu einem geringfügigen Anstieg, der aber nur bei Frauen statistisch signifikant war (Kalke et al. 2018). Hinsichtlich der 12-Monate-Prävalenz ergab sich zwischen den beiden Untersuchungszeitpunkten ein nichtsignifikanter Rückgang von 42 Prozent auf 41 Prozent. Ein direkter Vergleich mit den Ergebnissen der *Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch 2015* ist aufgrund der Fragestellung (Glücksspiel vs. Glücksspiel inklusive Sportwetten) nicht möglich.

Abbildung 5.2:

Prävalenz der Teilnahme an Glücksspiel nach Geschlecht, Repräsentativerhebungen Kalke 2009, 2015



Quelle: (Kalke et al. 2011; Kalke/Wurst 2015); Darstellung: GÖG

**Zusammenfassung:** Laut Repräsentativerhebung 2015 geben ca. 27 Prozent der österreichischen Bevölkerung an, monatlich, und 41 Prozent zumindest einmal im letzten Jahr an Glücksspielen teilgenommen zu haben. Werden auch Sportwetten berücksichtigt, so zeigt die *Bevölkerungserhebung zu Substanzkonsum* eine 30-Tage-Prävalenz von ca. 36 Prozent und eine 12-Monate-Prävalenz von 56 Prozent.

## 5.2 Prävalenz problematischen und pathologischen Glücksspiels

Die beiden **österreichweiten Bevölkerungsbefragungen über Glücksspiel** in Österreich (Kalke et al. 2011; Kalke/Wurst 2015) legen nahe, dass 98,9 Prozent der Befragten kein oder nur ein sehr gering ausgeprägtes Spielproblem<sup>37</sup> haben (Tabelle 5.1). Der Anteil der österreichischen Bevölkerung mit entweder problematischem oder pathologischem Spielverhalten liegt somit zu beiden Untersuchungszeitpunkten bei etwa 1,1 Prozent. Bezogen auf jene Befragten, die innerhalb des letzten Jahres an Glücksspielen teilgenommen zu haben, weisen 2,6 Prozent (2009) bzw. 2,7 Prozent (2015) ein problematisches oder pathologisches Spielverhalten auf (Tabelle 5.1).

37

Kein oder ein sehr geringes Spielproblem wird dann angenommen, wenn maximal zwei DSM-IV Kriterien erfüllt sind.



Tabelle 5.1:

Prävalenz von Glücksspielproblemen in der Gesamtbevölkerung und unter Spielern/Spielerinnen, Bevölkerungsbefragungen 2009, 2015

Einschätzung nach DSM-IV	Befragung 2009				Befragung 2015		
	alle Befragten (N=6.324)		Spieler/-innen des letzten Jahres (N = 2.652)		alle Befragten (N = 9.982)*		Spieler/-innen des letzten Jah- res (N = 4.082)
	N (ge- wichtet)	%	N	%	N (ge- wichtet)	%	
kein oder sehr geringes Spielproblem (0-2 Kriterien)	6.256	98,91 %	2.583	97,41 %	9.874	98,91 %	97,34 %
problematisches Spielverhalten (3-4 Kriterien)	27	0,43 %	27	1,02 %	47	0,47 %	1,15 %
pathologisches Spielverhalten (5-10 Kriterien)	41	0,66 %	41	1,56 %	62	0,62 %	1,51 %

\*Eine Diskrepanz bei N besteht auch im Original.

Quelle: Kalke et al. (2011), Kalke/Wurst (2015); Darstellung: GÖG

Detaillierte Auswertungen nach Bundesländern sind aufgrund der Stichprobengröße und der geringen Auftretswahrscheinlichkeit des problematischen oder pathologischen Spielens nicht sinnvoll.

**Zusammenfassung:** Laut Bevölkerungsbefragungen weisen etwa 1,1 Prozent der österreichischen Bevölkerung problematisches oder pathologisches Spielverhalten auf.

### 5.3 Prävalenz verschiedener Spielformen

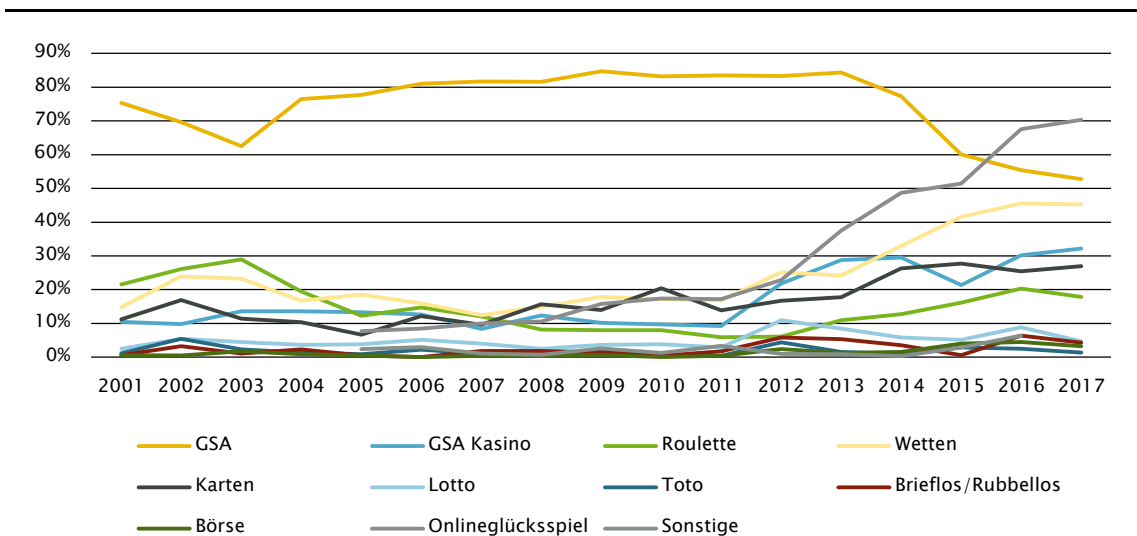
Ein Vergleich der Verbreitung (Prävalenz) verschiedener Spielformen auf Basis der Aussagen von Spielern und Spielerinnen in unterschiedlichen **Beratungs- und Behandlungseinrichtungen** ist nicht möglich, da verschiedene Einrichtungen sehr unterschiedliche Kategorien und andere Frageformulierungen verwenden (Kap. 4.5.1).

Bei der **Spielsuchthilfe Wien** werden Klienten/Klientinnen nach „problembehafteten“ Spielarten gefragt. Dabei wird zwischen Glücksspielautomaten (GSA) in und solchen außerhalb von Spielbanken unterschieden. Das ermöglicht, Veränderungen im Spielverhalten in Abhängigkeit von der Angebotslage oder von gesetzlichen Änderungen zu betrachten. Im Jahresbericht der Spielsuchthilfe werden diese Daten sowohl bezogen auf die Gesamtheit der im Jahr betreuten Spieler und Spielerinnen als auch bezogen auf die Erstkontakte in diesem Jahr ausgewertet. Bei der Auswertung und Darstellung der Daten der Spielsuchthilfe Wien ist zu beachten, dass diese manchmal ausschließlich auf die Erstkontakte, mitunter auf die Gesamtheit der im Jahr behandelten Spieler/-innen bezogen sind.

Bei Spielerinnen/Spielern, die die Spielsuchthilfe erstmals aufsuchten, zeigt sich, dass ab 2013 **GSA außerhalb von Spielbanken**<sup>38</sup> vergleichsweise seltener als problembehaftete Spielform angegeben wurden (Abbildung 5.3). Kompensiert wurde dieser Rückgang bei Erstkontakten durch eine **Zunahme der Wetten** und des **Onlineglücksspiels**. Ab 2016 wurde von den Erstkontakten Onlineglücksspiel erstmals öfter als problembehaftete Spielform genannt als Automatenspiel außerhalb von Spielbanken.

Die Zeitreihen der Spielsuchthilfe bezüglich der problembehafteten Spielformen ermöglichen, Hypothesen darüber aufzustellen, wie sich das Verbot von Landesausspielungen in Wien auswirkte und mit welchem Ausweichverhalten darauf reagiert wurde. Inwieweit die beobachteten Zusammenhänge einen kausalen Zusammenhang zwischen dem Verbot in Wien und den entsprechenden Veränderungen im Spielverhalten darstellen bzw. welche anderen Einflussfaktoren hier noch eine Rolle spielen könnten, kann ohne Berücksichtigung zusätzlicher Daten nur gemutmaßt werden. Dass das Verbot von Landesausspielungen zu einem Rückgang des Spielens bei GSA außerhalb von Spielbanken führte, ist allerdings sehr plausibel, und dass verringerte terrestrische Angebote und der Ausbau des Onlineglücksspiels zu einer höheren Nutzung des Onlineglücksspiels bzw. einer höheren Rate problematischer Nutzung im Onlinebereich geführt hat bzw. führen wird, erscheint ebenfalls plausibel (Kap. 4.5.1).

Abbildung 5.3:  
Problembehaftete Spielarten der Spieler/-innen, Spielsuchthilfe Wien, 2001–2017



Bezogen auf die Erstkontakte der jeweiligen Jahre. Frage nach den von den Spielern und Spielerinnen als „problembehaftet“ wahrgenommenen Spielarten. Mehrfachnennungen möglich. Die Kategorien „online“ und „Sonstige“ wurden erst ab 2005 erhoben.

Quelle: Spielsuchthilfe (2018); Darstellung GÖG

38

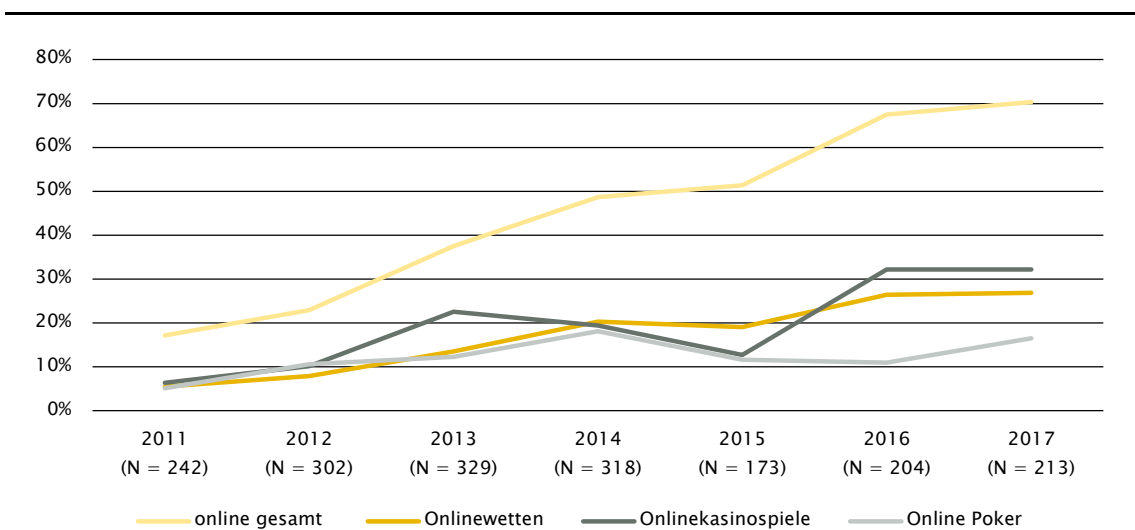
GSA außerhalb von Kasinos umfassen VLT, GSA im Sinne der Landesausspielungen in Einzelaufstellung und Automatensalons.

Seit 2011 wird in der Spielsuchthilfe Wien zusätzlich erhoben, welche Spielform Onlinespieler/-innen bevorzugt spielen. Dabei zeigt sich, dass seit 2015 unter den erstmals mit der Einrichtung Kontakt suchenden Onlinespieler/-innen vor allem das Onlinekasinospiel und in etwas geringerem Maße die Onlinewetten an Bedeutung gewonnen haben.

Die Unterteilung des Onlineglücksspiels in die Kategorien „Onlinewetten“, „Onlinekasinospiele“ und „Onlinepoker“ mag zwar aus der Perspektive des terrestrischen Spiels, vor dem Hintergrund der unterschiedlichen gesetzlichen Rahmenbedingungen, sinnvoll erscheinen, in Hinsicht auf die problematischen Spielformen im Onlinebereich scheint diese Unterteilung allerdings weniger hilfreich. In der Kategorie Onlinekasinospiele scheinen hier alle Angebote, die keine Wetten bzw. kein Poker sind, zusammengefasst zu sein. Die „Restkategorie“ Kasinospiele trifft keine Unterscheidung zwischen „Lebendspiel“ und Glücksspielautomaten, was aufgrund der Bedeutung dieser Spielformen aber wünschenswert wäre.

An diesem Item werden mehrere Herausforderungen deutlich. Aufgrund laufender Änderungen und Erweiterungen ist es schwer, Kategorien zu finden, die nicht nur aktuell sinnvolle Aussagen erlauben, sondern auch Kontinuität und damit Zeitreihen ermöglichen. Und es ist nachvollziehbar, dass man im Sinne der Zeitreihenvergleiche an getroffenen suboptimalen Entscheidungen festhält.

Abbildung 5.4:  
Onlineglücksspiel nach Spielart, Spielsuchthilfe Wien, 2011–2017



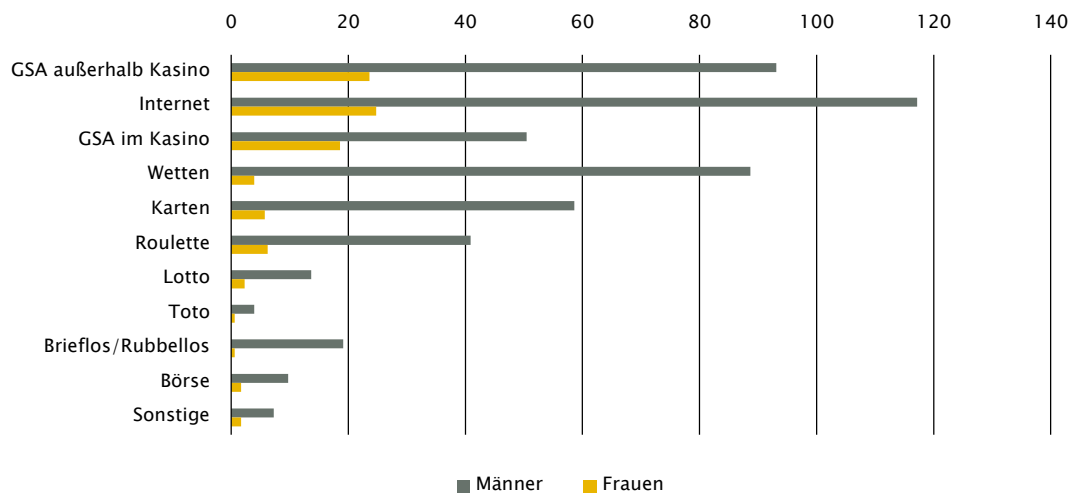
bezogen auf die Erstkontakte der jeweiligen Jahre, Mehrfachnennungen möglich. Differenzen gegenüber der Gesamtheit der Onlinespieler/-innen ergeben sich durch Mehrfachnennungen bzw. eine fehlende Spezifizierung der bevorzugten Art des Onlineglücksspiels.

Quelle: Spielsuchthilfe (2017); Darstellung GÖG

Betrachtet man die problembehafteten Spielarten pro Geschlecht – diesmal bezogen auf alle im Zeitraum behandelten Personen –, so zeigt sich bei einer absoluten Darstellungsform, dass Patientinnen in allen Spielkategorien deutlich seltener vorkamen als Männer (Abbildung 5.5). Männer suchen die Spielsuchthilfe Wien wegen Glücksspielproblemen erheblich öfter auf als Frauen. Bei

relativer Betrachtungsweise, also wenn man eruiert, welche Angebote Frauen eher in Anspruch nehmen, zeigt sich, dass diese verhältnismäßig etwas eher zu Glücksspielautomaten in Spielbanken tendieren, während Patienten eher zu Wetten und Kartenspielen tendieren (Abbildung 5.6).

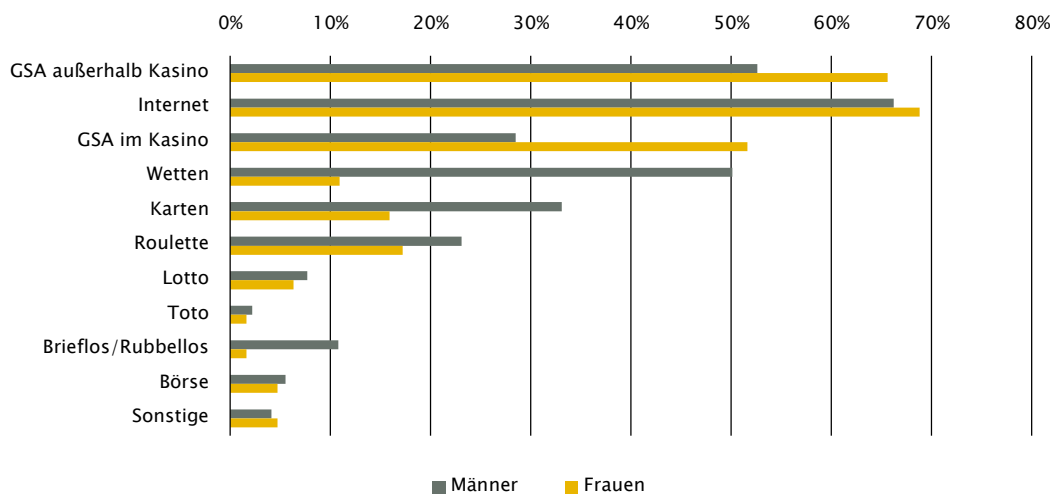
Abbildung 5.5:  
 Problembehaftete Spielarten der Spieler/-innen nach Geschlecht, in Absolutzahlen,  
 Spielsuchthilfe Wien, 2017



GSA = Glücksspielautomat. Die Darstellung im Jahresbericht der Spielsuchthilfe (Tabelle 12: Problembehaftete Spielarten – Geschlechtsspezifisch 2017) ist bezogen auf die Gesamtzahl der Spieler/-innen 2017 (N = 429). Mehrfachnennungen möglich

Quelle: Spielsuchthilfe (2018); Darstellung: GÖG

Abbildung 5.6:  
 Problembehaftete Spielarten der Spieler/-innen nach Geschlecht, relativ, Spielsuchthilfe Wien,  
 2017



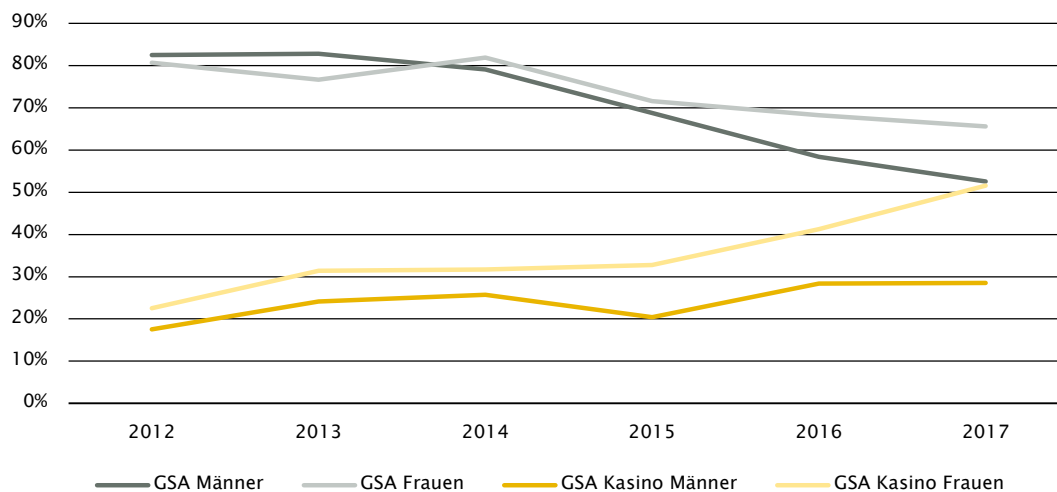
GSA = Glücksspielautomat. Die Darstellung im Jahresbericht der Spielsuchthilfe ist bezogen auf die Gesamtheit der behandelten Spieler und Spielerinnen (N = 429). Mehrfachnennungen möglich

Quelle: Spielsuchthilfe (2018); Darstellung: GÖG

Von Experten/Expertinnen und Spieler/-innen wurde berichtet, dass viele Kunden an den Automaten in den Spielbanken weiblich seien und dass Frauen GSA in Spielbanken gegenüber GSA in Einzelaufstellung bevorzugen, weil sie sich in Spielbanken geschützter fühlen (Puhm/Uhl 2016). Die Daten legen allerdings nahe, dass dieser Eindruck nicht der Realität entspricht. Glücksspielabhängige Frauen tendieren stärker sowohl zu GSA in Spielbanken als auch zu solchen außerhalb von Spielbanken.

Die Entwicklung des Stellenwerts dieser beiden Angebote über den Zeitraum 2012–2017 (Abbildung 5.7) zeigt, dass GSA außerhalb von Spielbanken sowohl für spielsüchtige Frauen als auch für spielsüchtige Männer in Wien sukzessive an Bedeutung verloren haben, wobei dieser Trend bei Frauen stärker ausgeprägt ist.

Abbildung 5.7:  
Entwicklung der GSA als problembehaftete Spielart nach Geschlecht, Spielsuchthilfe Wien,  
2012–2017

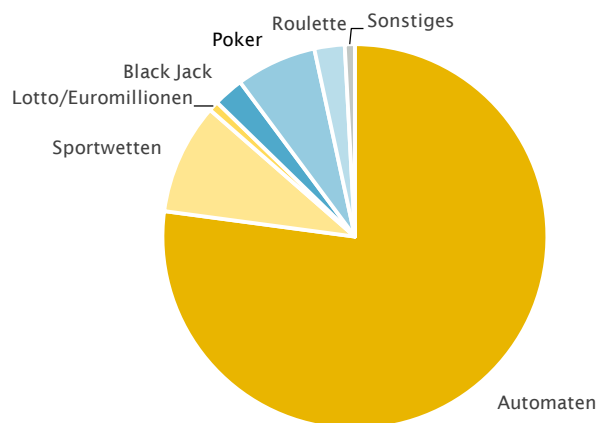


GSA = Glücksspielautomat. Auswertung bezogen auf die Gesamtheit der behandelten Spieler und Spielerinnen. Im Jahresbericht der Spielsuchthilfe werden zusätzlich andere Kategorien dargestellt.

Quelle: Spielsuchthilfe (2018); Darstellung: GÖG

Den **großen Stellenwert von GSA für Spieler/-innen in Beratung und Behandlung** zeigen auch die Daten der steirischen Beratungs- und Behandlungseinrichtungen. Mehr als drei Viertel aller Klienten und Klientinnen geben an, dass diese Art des Glücksspiels zu ihren bevorzugten Formen gehört (Abbildung 5.8). Ob die Spiele terrestrisch oder im Internet gespielt werden, kann aufgrund der zur Verfügung stehenden Kategorien aus der Frage nach dem Spielort nicht eindeutig abgeleitet werden. Die für das Onlinespiel relevanten Kategorien „Internet-Café“ und „Zuhause“ decken nicht alle Möglichkeiten ab, da im Zeitalter von Smartphones Onlineangebote an jedem Ort genutzt werden können.

Abbildung 5.8:  
Spielformen der Klienten/Klientinnen in steirischen Einrichtungen, 2016



Aufgrund von Änderungen in den Erhebungsmodalitäten kann kein Zeitverlauf von 2011–2016 dargestellt werden.

Quelle: Fachstelle für Glücksspielsucht; Darstellung GÖG

Auch die beiden **Bevölkerungsbefragungen** zum Thema Glücksspiel in Österreich (Kalke et al. 2011; Kalke/Wurst 2015) unterscheiden nach den bevorzugten Spielformen problematischer/pathologischer Spieler/-innen. Beide Studien zeigen, dass deren Anteil unter denjenigen, die an Glücksspielautomaten (GSA) außerhalb von Spielbanken spielen, im Vergleich zu den anderen Spielformen besonders hoch ist. 2009 wurden 33,2 Prozent der Spieler/-innen, die an GSA außerhalb von Spielbanken spielten, als problematische Spieler/-innen klassifiziert, 2015 waren dies 27,2 Prozent (Abbildung 5.9). Erwartungsgemäß ist der Anteil der als problematisch und pathologisch klassifizierten Spieler/-innen unter den Lottospielern/-spielerinnen mit 2,2 Prozent (2009) bzw. 2,1 Prozent (2015) verhältnismäßig niedrig.

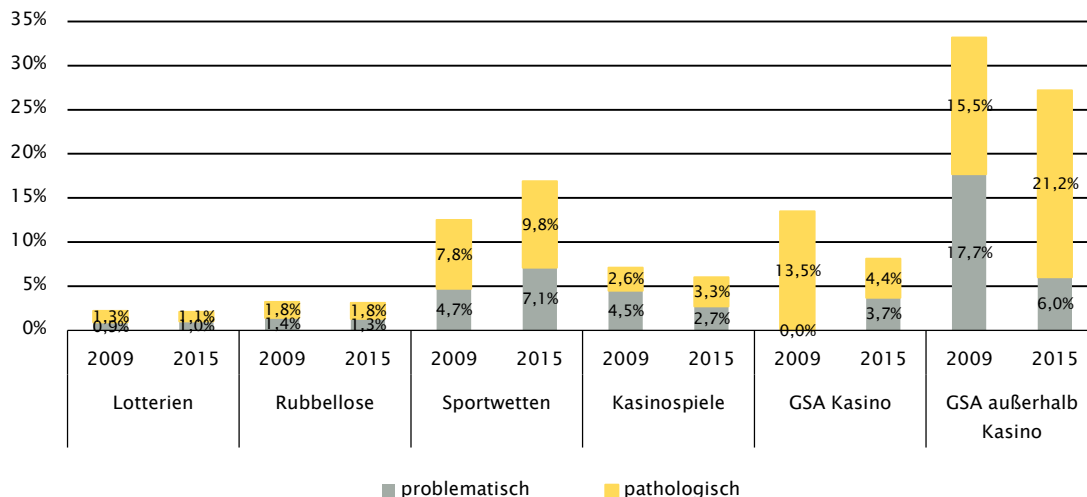
Hier werden die publizierten Ergebnisse aus den beiden Bevölkerungsbefragungen dargestellt. Warum im Jahr 2009 keine problematischen Spieler/-innen ausgewiesen wurden, ist aus den Publikationen nicht erschließbar.

Aus den Bevölkerungsbefragungen lässt sich allerdings nicht verlässlich ablesen, welche der Spielarten zum dysfunktionalen Spielverhalten beigetragen haben, da die meisten Spieler/-innen im Laufe ihres Lebens nicht nur an einer Spielform teilgenommen haben (Kalke et al. 2011).

Ein Vergleich zwischen den beiden Befragungszeitpunkten zeigt einen Anstieg bei den Sportwetten und eine Abnahme bei den Glücksspielautomaten innerhalb und außerhalb von Kasinos.

Abbildung 5.9:

Problematische und pathologische Spieler und Spielerinnen nach Spielart, 2009 und 2015



Ergebnisse aus Bevölkerungsbefragungen. Bezogen auf Spieler/-innen, die im letzten Jahr zumindest einmal an Glücksspiel teilgenommen haben. Problematisches Spielen (3-4 DSM-IV-Kriterien), pathologisches Spielen (5-10 DSM-IV-Kriterien). Mehrfachnennungen möglich. In der Untersuchung von 2009 gab es die Kategorie „nur Lotterien“; diese wird hier aufgrund fehlender Erhebung 2015 nicht berücksichtigt.

Quelle: Kalke et al. (2011), Kalke/Wurst (2015); Darstellung GÖG

Der hohe Anteil problematischer/pathologischer Spieler/-innen, die primär an Glücksspielautomaten spielen, wird auch von den meisten anderen Studien berichtet und bestätigt das vergleichsweise hohe Gefährdungspotenzial dieser Glücksspielart (Kalke et al. 2011; Meyer et al. 2010).

**Zusammenfassung:** Spieler/-innen mit einem problematischen bzw. pathologischen Spielverhalten spielen in einem hohen Ausmaß an Glücksspielautomaten (GSA). Bei Spielern/Spielerinnen in Behandlung nehmen GSA ebenfalls den ersten Platz ein. Bei der Spielsuchthilfe Wien zeigen sich eine sinkende Bedeutung von GSA und eine Zunahme von Wetten und Onlineglücksspiel, was mit dem Verbot der Landesauspielungen in Wien zusammenhängen könnte.

## 5.4 Inanspruchnahme von Beratung und Behandlung

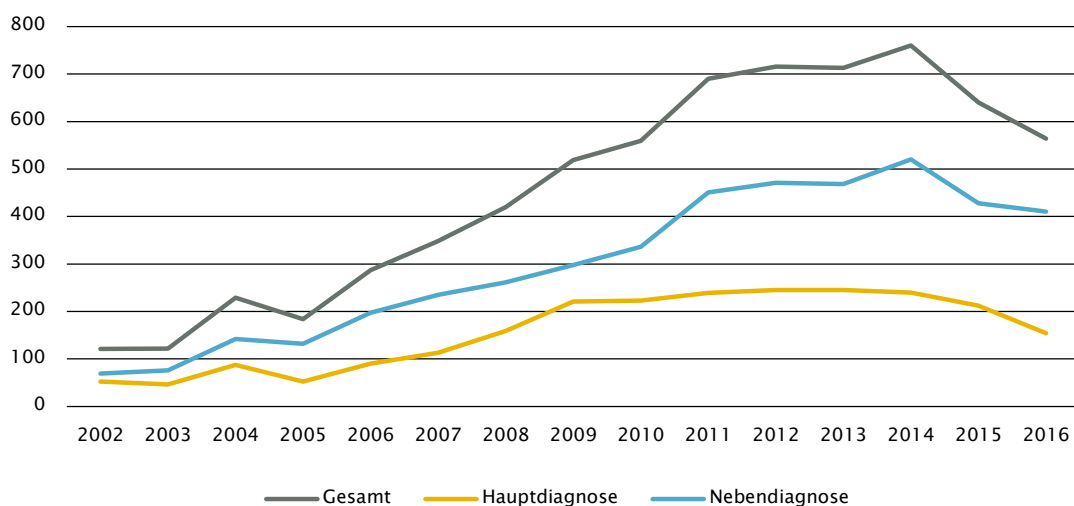
### 5.4.1 Stationäre Behandlungen

Daten der **Diagnose- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten (DLD)** zeigen zwischen 2002 und 2014 einen kontinuierlichen Anstieg bei den stationären Aufenthalten von Spielern/Spielerinnen mit der Diagnose „pathologisches Spielen“ (F63.0) und einen Rückgang während der Jahre 2015 und 2016. Die Entwicklung bei den Haupt- und Nebendiagnosen verläuft



weitgehend proportional, wobei rund ein Drittel aller Diagnosen Haupt- und rund zwei Drittel Nebendiagnosen sind (Abbildung 5.10). Während für den Anstieg Faktoren wie der Auf- bzw. Ausbau verschiedener Behandlungsangebote oder eine höhere Sensibilisierung für die Problematik der Glücksspielsucht plausibel erscheinen (Kap. 4.2.1), stellt sich beim Rückgang die Frage, ob und welche Rolle dabei das Verbot von Landesauspielungen in Wien spielte. Denkbar ist auch, dass pathologische Spieler/-innen, für die es zuvor keine Angebote gab oder die über diese nicht informiert waren, die Angebote verstärkt nutzen und dass sich die Inanspruchnahme längerfristig bei gleicher Problemlage auf ein niedrigeres Niveau einpendelt, weil es keinen Rückstau mehr gibt.

Abbildung 5.10:  
Aufenthalte mit F63.0 als Haupt- bzw. Nebendiagnose in Absolutzahlen, österreichische KA, 2002–2016



Rohwerte, nicht geglättet

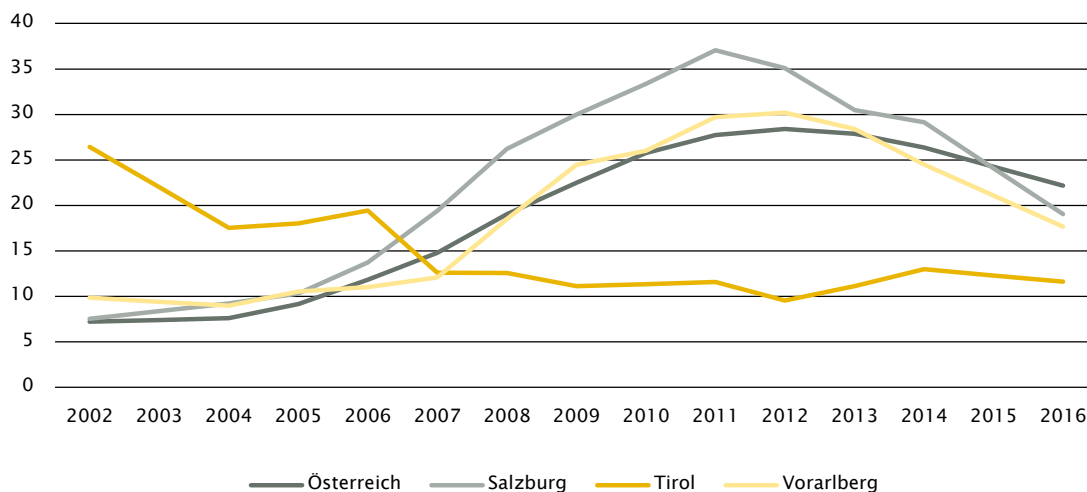
Quelle: BMASGK, Diagnose- und Leistungsdokumentation; Auswertung und Darstellung: GÖG

In der Folge werden die Hauptdiagnosen getrennt nach Bundesländern dargestellt, wobei anders als bei Abbildung 5.10 die Zahlen auf jeweils 1.000.000 Einwohner/-innen bezogen werden, um unterschiedlich bevölkerungsreiche Bundesländer vergleichbar zu machen. Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden die Verläufe in drei getrennten Grafiken (Abbildung 5.11 bis Abbildung 5.13) dargestellt. Die DLD-Daten wurden über 5 Jahre geglättet, um Zufallsschwankungen in einzelnen Jahren zu kompensieren.

Ähnlich verlaufende Entwicklungen wie jene des österreichischen Gesamttrends zeigen sich in den Bundesländern Salzburg und Vorarlberg (Abbildung 5.11). In Tirol zeigt sich hingegen ein Rückgang der Aufenthalte im Zeitraum 2002–2007, wobei seit 2007 keine großen Veränderungen zu beobachten sind.

Abbildung 5.11:

Aufenthalte mit F63.0 als Hauptdiagnose pro 1.000.000 Einwohner/-innen, österreichische KA, Salzburg, Tirol, Vorarlberg, 2002–2016



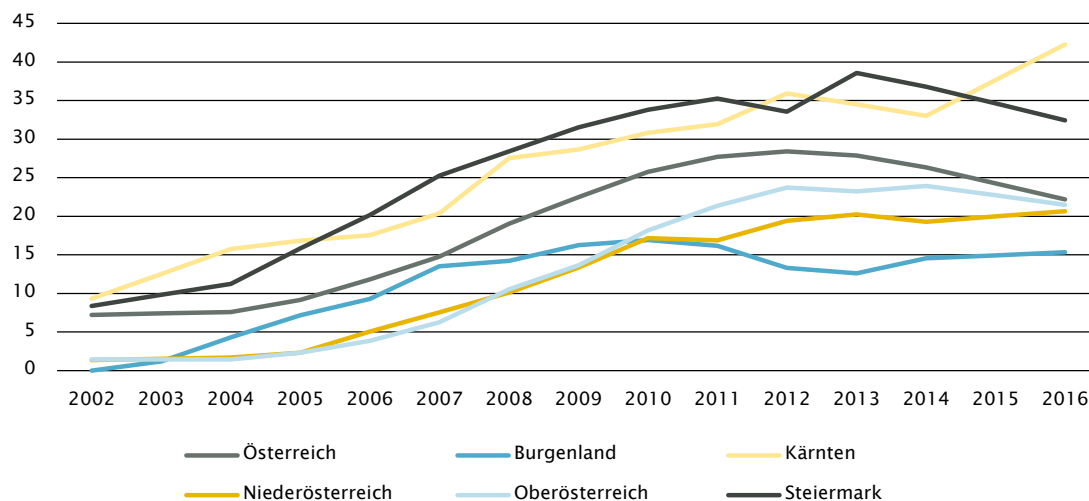
Aufenthalte pro 1.000.000 Einwohner/-innen je Bundesland, geglättet auf 5 Jahre

Quelle: BMASGK, Diagnose- und Leistungsdokumentation; Auswertung und Darstellung: GÖG

Bezogen auf die Einwohner/-innen der Steiermark und Kärntens, zeigt sich seit Beginn der Datenaufzeichnung im Jahr 2002 ein kontinuierlicher Anstieg stationärer Behandlungen mit F63.0 als Hauptdiagnose. Gleichzeitig liegen diese Bundesländer über dem österreichischen Durchschnitt (Abbildung 5.12). Ähnliche Ergebnisse zeigen sich auch in Niederösterreich und Oberösterreich, wobei aber seit 2012 kein Anstieg mehr zu verzeichnen ist. Die stationären Behandlungen von Burgenländern/Burgenländerinnen sind seit 2009 mehr oder weniger konstant.

Abbildung 5.12:

Aufenthalte mit F63.0 als Hauptdiagnose pro 1.000.000 Einwohner/-innen, österreichische KA, Burgenland, Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich, Steiermark, 2002–2016



Aufenthalte pro 1.000.000 Einwohner/-innen je Bundesland, geglättet auf 5 Jahre

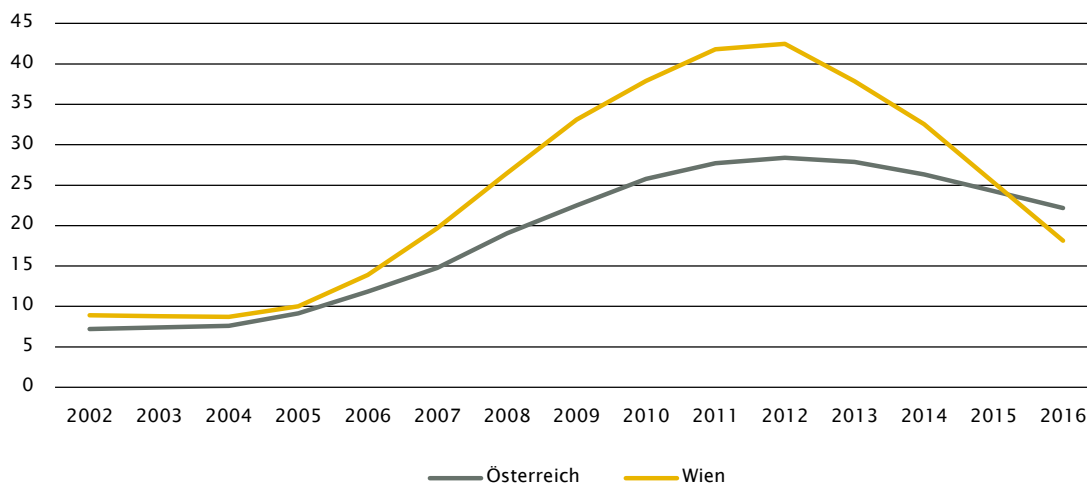
Quelle: BMASGK, Diagnose- und Leistungsdokumentation; Auswertung und Darstellung: GÖG

Die Inanspruchnahme stationärer Behandlungen durch Wiener und Wienerinnen ist insofern von Interesse, als es mit dem Verbot der Landesauspielungen 2015 zu einer starken Veränderung der Angebotslage von GSA in Wien kam. Es stellt sich die Frage, wie sich der Wegfall eines großen Teils der GSA auf die Teilnahme am Glücksspiel und in weiterer Folge auf die Entwicklung von Spielsucht bzw. die Inanspruchnahme von Beratungs- und Behandlungseinrichtungen auswirkt.

Die DLD-Daten zeigen, dass es in den Jahren 2002 bis 2012 zu einem kontinuierlichen Anstieg einschlägiger stationärer Aufnahmen unter der Wiener Bevölkerung kam und seitdem eine Abnahme zu beobachten ist, die deutlich stärker ist als im österreichweiten Durchschnitt (Abbildung 5.13), d. h. es kam nicht erst 2015 mit dem Verbot der Landesauspielungen zu einer Änderung.

Abbildung 5.13:

Aufenthalte mit F63.0 als Hauptdiagnose pro 1.000.000 Einwohner/-innen, österreichische KA, Wien, 2002–2016



Aufenthalte pro 1.000.000 Einwohner/-innen je Bundesland, geglättet auf 5 Jahre

Quelle: BMASGK, Diagnose- und Leistungsdokumentation; Auswertung und Darstellung: GÖG

Die Ergebnisse pro Bundesland sollten zumindest bei bevölkerungsärmeren Bundesländern aufgrund der geringen Fallzahlen nicht überbewertet werden.

Wie bereits in Kapitel 4.2.1 diskutiert, ist zu bedenken, dass diese Zahlen nicht die Spielsuchtproblematik, sondern die Inanspruchnahme von Behandlung widerspiegeln. Wie sehr Behandlungsangebote in Anspruch genommen werden, hängt auch noch von zahlreichen anderen Einflüssen wie gesetzlichen Änderungen auf Landesebene (verbunden mit einer Änderung der Angebotslage, z. B. Wechsel von einem Erlaubnisland hin zu einem Verbotsland 2015), unterschiedlicher Finanzierungsbereitschaft der Kassen, Änderungen bei den Versorgungsangeboten und der Attraktivität der Angebote ab.

**Zusammenfassung:** Österreichweit zeigte sich in den Jahren 2002 bis 2012 eine Zunahme stationärer Behandlungen wegen der Diagnose „Pathologisches Spielen“. Ab 2013 kam es dann zu rückläufigen Aufnahmen. Unter den Wienerinnen und Wienern zeigt sich ein besonders deutlicher Rückgang bei den stationären Behandlungen, allerdings schon seit 2012 und nicht erst ab 2015, als Landesauspielungen verboten wurden. In anderen Bundesländern verlaufen die Trends anders, wobei die Unterschiede aufgrund der geringen Fallzahlen in bevölkerungsärmeren Bundesländern nicht überinterpretiert werden sollten.

## 5.4.2 Ambulante Beratung und Behandlung

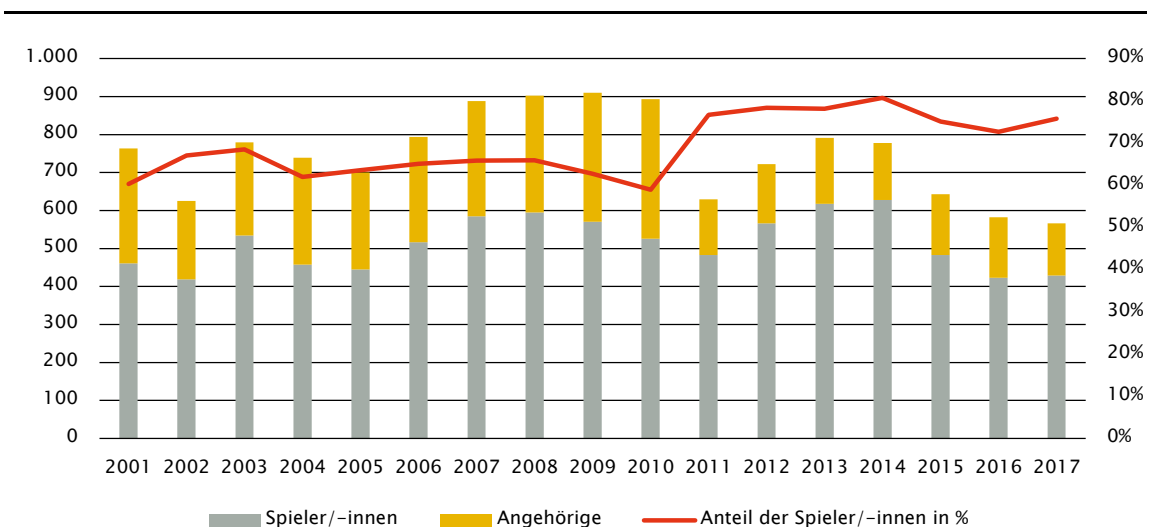
Die Spielsuchthilfe Wien bietet hilfeschuchenden Spielern und Spielerinnen und deren Angehörigen nicht nur persönliche Betreuung, sondern auch Online- und telefonische Beratung. Die folgende Darstellung der Klientel der Spielsuchthilfe basiert allerdings ausschließlich auf den persönlich betreuten Personen (Kap. 5).

Abbildung 5.14 zeigt einerseits einen Anstieg der Zahl der insgesamt betreuten Personen bis 2009 und nach einem deutlichen Rückgang im Jahr 2011 einen neuerlichen Anstieg bis 2013. Seit 2014 ist die Zahl der persönlich betreuten Personen wieder rückläufig.

Das Verhältnis von Spielern/Spielerinnen zu Angehörigen zeigt im Darstellungszeitraum eine deutliche Änderung ab 2011 (Abbildung 5.14). Während in den Jahren 2001–2010 Angehörige von Spielsüchtigen durchschnittlich 36 Prozent der Klientel ausmachten, waren das in den Jahren 2011–2016 durchschnittlich nur mehr 23 Prozent.

Abbildung 5.14:

Spieler/-innen und Angehörige in Betreuung in Absolut- und Prozentzahlen, Spielsuchthilfe Wien, 2001–2017

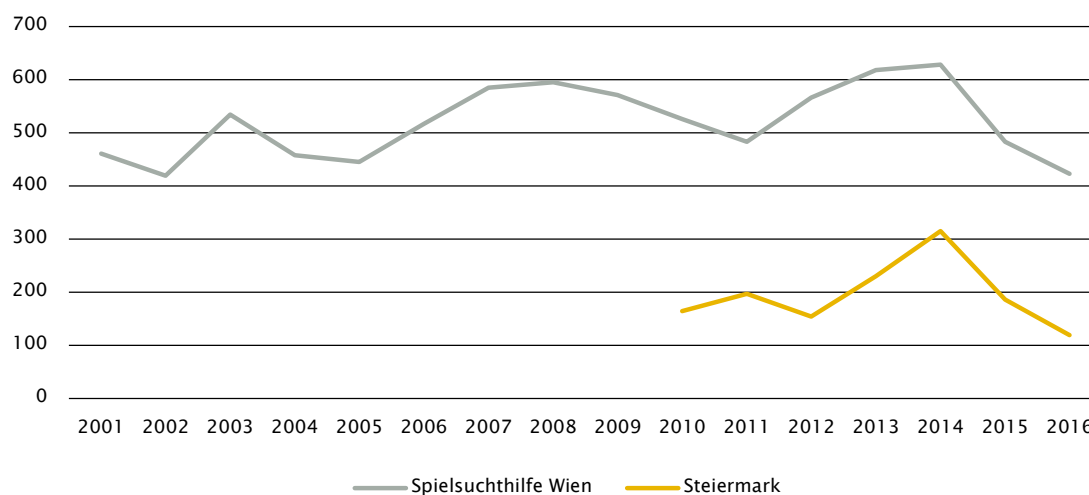


Quelle: Spielsuchthilfe (2016), Spielsuchthilfe (2017); Darstellung: GÖG

Eine Zusammenschau der Daten der Spielsuchthilfe Wien und jener der Fachstelle für Glücksspiel-sucht Steiermark in Hinblick auf die Anzahl der ambulant betreuten Spieler/-innen (Abbildung 5.15) zeigt, dass nicht nur in Wien ein Rückgang der betreuten Spieler/-innen ab 2014 zu ver-zeichnen ist, sondern dass sich dieser Trend auch in der Steiermark findet. Im stationären Bereich ist der Rückgang seit 2012 in Wien und seit 2013 in der Steiermark zu beobachten (Abbildung 5.12 bzw. Abbildung 5.13).

Einschränkend ist zu sagen, dass bei der DLD nicht nach dem Behandlungsort, sondern nach dem Wohnort der Patienten/Patientinnen ausgewertet wurde, wohingegen in den (ambulanten) Einrichtungen in Wien und der Steiermark auch Klienten und Klientinnen aus anderen Bundesländern betreut und in der Statistik ausgewiesen wurden.

Abbildung 5.15:  
Spieler/-innen in Behandlung in Absolutzahlen, Spielsuchthilfe Wien und Einrichtungen der Steiermark, 2001–2016



Quelle: Spielsuchthilfe (2017); Fachstelle für Glücksspielsucht; Auswertung und Darstellung: GÖG

Aussagen über die Auswirkungen der gesetzlichen Änderungen in Wien (Verbot der Landesauspielungen ab dem 1. 1. 2015) und der Steiermark (vorübergehendes Verbot von GSA außerhalb von Spielbanken infolge einer nicht rechtskräftigen Vergabe von Lizenzen) sind aufgrund dieser Daten nicht möglich.

**Zusammenfassung:** Sowohl in der Spielsuchthilfe Wien als auch in den steirischen Beratungs- und Behandlungseinrichtungen zeigt sich ein Rückgang bei den Behandlungszahlen ab den Jahren 2014/2015. Ein rückläufiger Trend zeigt sich auch bei den stationären Behandlungen.

## 5.5 Soziodemografie von Spielern/Spielerinnen in Behandlung

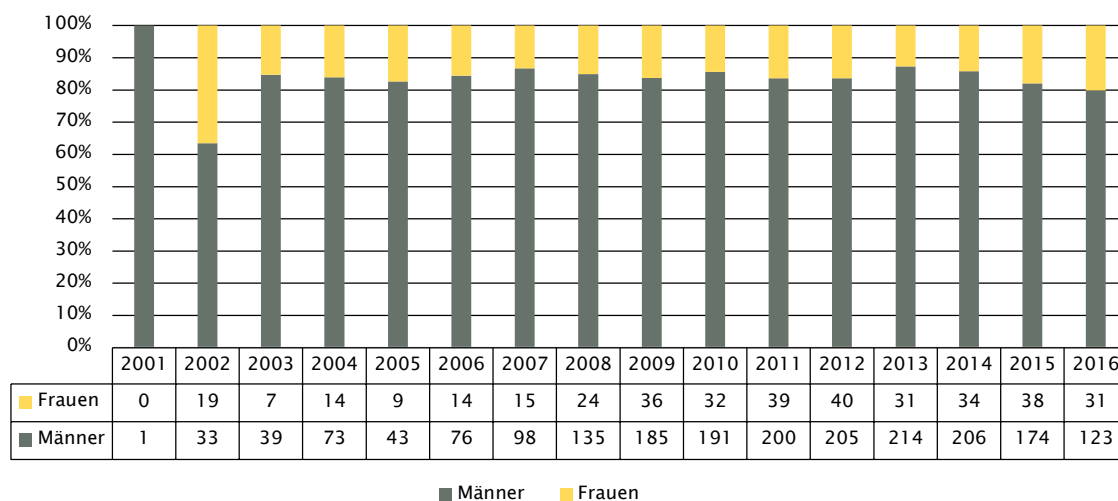
Die folgenden Auswertungen hinsichtlich soziodemografischer Daten der Spieler/-innen erfolgen primär auf Basis aggregierter Daten. Da viele Merkmale in verschiedenen Einrichtungen unterschiedlich erhoben wurden, sind diesbezügliche Vergleiche zwischen den Einrichtungen nur begrenzt möglich.

## 5.5.1 Geschlecht

Männliches Geschlecht wird generell als Risikofaktor für die Entwicklung problematischen/pathologischen Glücksspielverhaltens erachtet. Das spiegelt sich auch in den Daten aus dem Versorgungssektor wider.

Wegen einer Spielsuchtproblematik in **stationärer Behandlung** befindliche Personen sind größtenteils männlich: Während 2002 der Frauenanteil bei Personen mit der Hauptdiagnose „Pathologisches Spielen“ mit etwa 36,5 Prozent ungewöhnlich groß war, ist dieser seit 2003 durchgängig erheblich geringer (zwischen 13 und 20 Prozent, im Mittel 16 Prozent; Abbildung 5.16).

Abbildung 5.16:  
Aufenthalte mit F63.0 als Hauptdiagnose nach Geschlecht in Prozent, DLD, 2002–2016



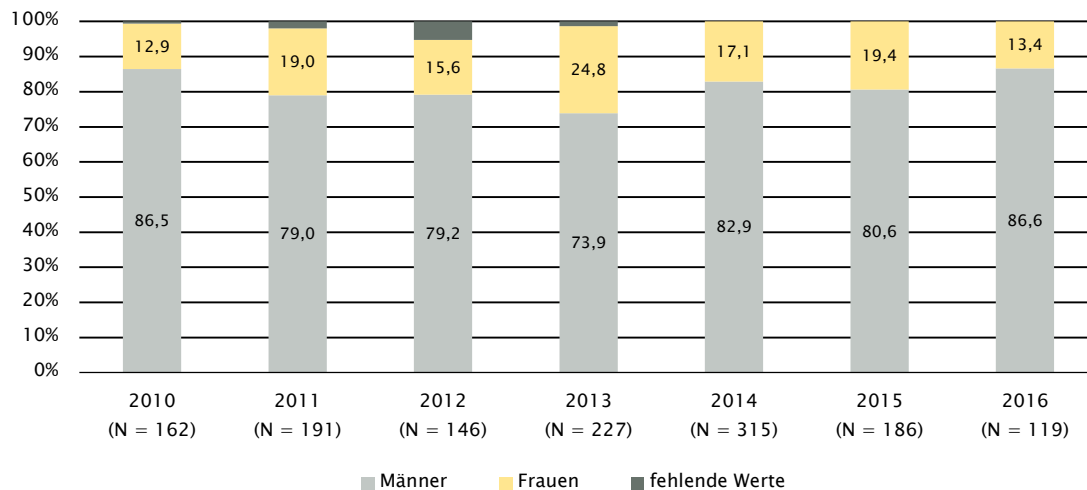
Die DLD-Daten in Bezug auf F63.0 sind seit dem Jahr 2001 verfügbar. Im Jahr 2001 wurde nur eine Aufnahme wegen F63.0 verzeichnet, daher erfolgt die Darstellung der Daten erst ab 2002.

Quelle: BMASGK Diagnose- und Leistungsdokumentation; Auswertung und Darstellung: GÖG

Die Daten der DLD zeigen ein ähnliches Ergebnis wie die Daten aus dem **ambulanten Setting** (Einrichtungen der Steiermark und der Spielsuchthilfe Wien). In den steirischen Beratungs- und Behandlungseinrichtungen liegt der Anteil der Spielerinnen im Durchschnitt bei 17 Prozent (2010–2016; Abbildung 5.17), bei der Spielsuchthilfe Wien bei 15 Prozent (2001–2017; Abbildung 5.18).

Abbildung 5.17:

Klienten/Klientinnen in steirischen Beratungs- und Behandlungseinrichtungen nach Geschlecht in Prozent, 2010–2016

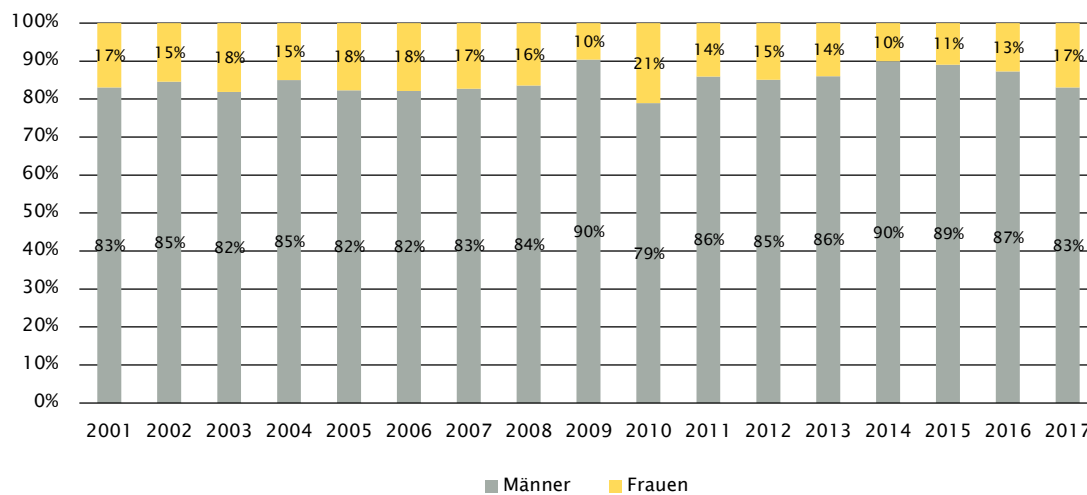


Bezogen auf die Gesamtzahl der betreuten Spieler und Spielerinnen des jeweiligen Jahres. Die Erhebung der ambulanten Behandlungsdaten erfolgt seit 2010.

Quelle: Fachstelle für Glücksspielsucht Steiermark; Auswertung und Darstellung: GÖG

Abbildung 5.18:

Klienten/Klientinnen der Spielsuchthilfe Wien nach Geschlecht in Prozent, 2001–2017



bezogen auf die Erstkontakte des jeweiligen Jahres

Quelle: Spielsuchthilfe (2018); Darstellung GÖG



Auch bei den beiden **Bevölkerungsbefragungen** (Kalke et al. 2011; Kalke/Wurst 2015) zeigte sich, dass problematisches bzw. pathologisches Spielverhalten bei Männern erheblich öfter vorkommt als bei Frauen (Tabelle 5.2). Der Umstand, dass die Unterschiede 2009 im Bereich des problematischen Spielens und 2015 im Bereich des pathologischen Spielens deutlich größer waren als bei der anderen Befragung, sollte nicht überinterpretiert werden. Trotz der großen Stichprobenumfänge von 6324 und 9982 Personen ist die Zahl der problematischen Spieler/Spielerinnen mit 27 bzw. 47 Personen und die Zahl der pathologischen Spieler/Spielerinnen mit 41 bzw. 62 Personen, die dann noch nach Geschlecht unterteilt wurden, für epidemiologische Fragestellungen sehr niedrig. 0,1 % von 27 Personen bedeutet z. B. nur 3 Fälle.

Tabelle 5.2:  
Prävalenz von Spielproblemen nach Geschlecht, Bevölkerungsbefragungen 2009, 2015

	Befragung 2009		Befragung 2015	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
problematisches Spielverhalten (3–4 Kriterien)	0,7 %	0,1 %	0,6 %	0,3 %
pathologisches Spielverhalten (5–10 Kriterien)	0,9 %	0,4 %	1,0 %	0,2 %

Quelle: Kalke et al. (2011); Kalke/Wurst (2015); Darstellung: GÖG

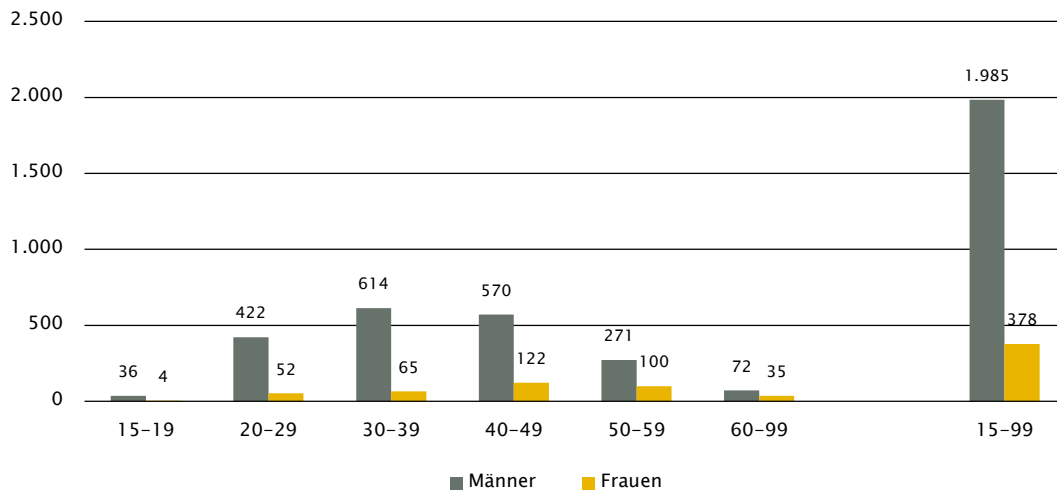
Das Geschlechterverhältnis bei problematischen bzw. pathologischen Spielern/Spielerinnen entspricht sowohl auf Basis der Behandlungsdaten als auch auf Basis der Bevölkerungsbefragungen den Befunden der wissenschaftlichen Literatur (Kap.4.5.1).

**Zusammenfassung:** Der Anteil der Frauen unter den wegen einer Spielsuchtproblematik in Behandlung befindlichen Personen liegt in allen berücksichtigten Beratungs- und Behandlungseinrichtungen im Durchschnitt zwischen 15 und 17 Prozent. Bei den Bevölkerungsbefragungen zeigt sich ebenfalls ein erheblich höherer Männeranteil bei problematischen und pathologischen Spielern und Spielerinnen.

## 5.5.2 Alter

Eine Auswertung der DLD nach Alter und Geschlecht zeigt, dass bei Männern die meisten **stationären Behandlungen** in der Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen, bei Frauen in der Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen stattfinden (Abbildung 5.19). Mit zunehmendem Alter ändert sich auch der Anteil der Frauen an der Gesamtzahl der Aufenthalte: Während in der Gruppe der 20- bis 29-Jährigen das Verhältnis von Männern zu Frauen 8,1:1, in der Gruppe der 30- bis 39-Jährigen sogar 9,4:1 beträgt, verringert sich dieses in der Gruppe der 50- bis 59-Jährigen auf 2,7:1 und bei den über 60-Jährigen sogar auf nur mehr 2:1.

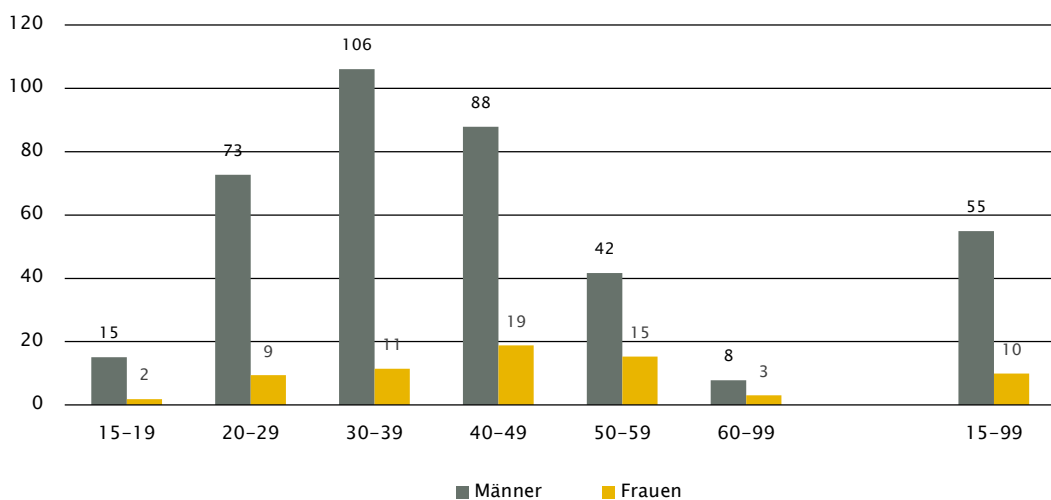
Abbildung 5.19:  
Aufenthalte mit F63.0 als Hauptdiagnose nach Alter und Geschlecht in Absolutzahlen, DLD,  
2002-2016



Quelle: BMASGK, Diagnose- und Leistungsdokumentation; Auswertung und Darstellung: GÖG

Analysiert man die Zahlen aus Abbildung 5.19 pro 100.000 Einwohner/-innen für das Vergleichsjahr 2015, um zu berücksichtigen, dass verschiedene Altersklassen unterschiedlich viele Personen umfassen, so ergeben sich keine großen Unterschiede im Gesamtbild (Abbildung 5.20).

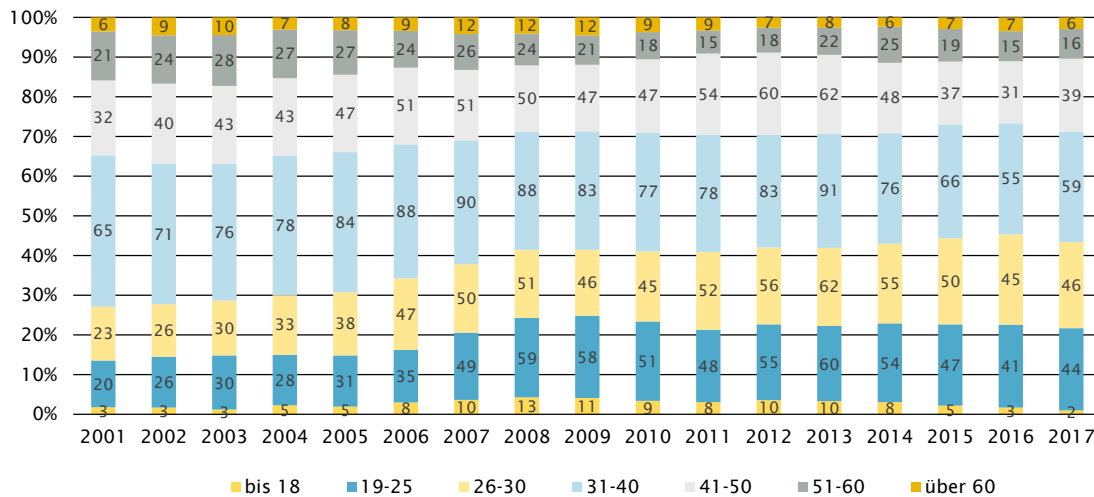
Abbildung 5.20:  
Aufenthalte mit F63.0 als Hauptdiagnose nach Alter und Geschlecht pro 100.000 Einwohner/-innen, DLD, 2015



Quelle: BMASGK, Diagnose- und Leistungsdokumentation; Auswertung und Darstellung: GÖG

Die Daten der Spielsuchthilfe Wien zeigen eine besonders starke Inanspruchnahme der Angebote durch junge Klienten und Klientinnen. Die Gruppe der bis 30-Jährigen macht nicht nur einen wesentlichen Teil der Klienten/Klientinnen aus, sondern in diesen Altersgruppen zeigt sich seit 2001 zudem auch ein kontinuierlicher Anstieg (Abbildung 5.21).

Abbildung 5.21:  
Spieler/-innen der Spielsuchthilfe Wien nach Altersgruppen und Jahr, in Prozent, 2001–2017



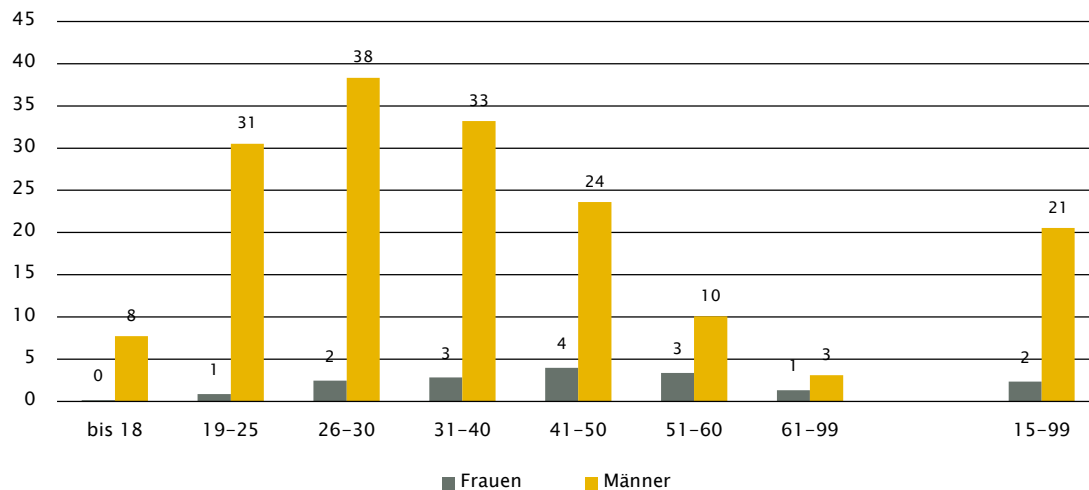
bezogen auf die Erstkontakte des jeweiligen Jahres. Gleitmittelwert 3. Die vom restlichen Bericht abweichenden Alterskategorien (31 statt 30) sind den entsprechenden Darstellungen in den Jahresberichten der Spielsuchthilfe geschuldet. Keine Berücksichtigung der Bevölkerungsdynamik

Quelle: Spielsuchthilfe (2018); Darstellung: GÖG

Der Abbildung 5.21 kann man entnehmen, ob bestimmte Altersgruppen in der Klientel der Einrichtung über die Zeit zunehmen oder abnehmen, aber nicht ob diese Altersgruppen relativ zur Bevölkerung stark vertreten sind. Letztere Frage beantwortet Abbildung 5.22 für das Jahr 2015. Bei der Spielsuchthilfe Wien sind die 19- bis 50-jährigen männlichen Spieler im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung überproportional vertreten, am stärksten vertreten ist die Gruppe der 26- bis 30-Jährigen mit 38 pro 100.000. Bei den Frauen zeigt sich eine überproportionale Häufung bei den 31- bis 60-Jährigen, mit dem Höhepunkt in der Altersgruppe der 41- bis 50-Jährigen (Abbildung 5.22).

Abbildung 5.22:

Spieler/-innen der Spielsuchthilfe Wien nach Alter und Geschlecht pro 100.000 Einwohner/-innen



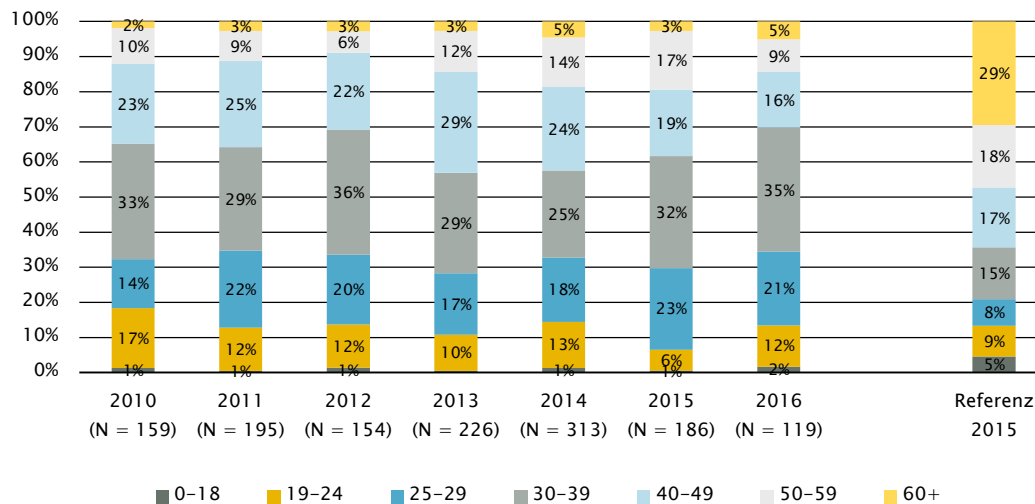
Durchschnitt der Jahre 2013-2017; bezogen auf alle Spieler und Spielerinnen. Referenzwert der Wiener Bevölkerung 2015

Quelle: Spielsuchthilfe (2017), Statistik Austria (2018) Berechnung und Darstellung: GÖG

Analog zur Abbildung 5.21 die Spielsuchthilfe Wien betreffend stellt Abbildung 5.23 den Verlauf der Altersentwicklung der Klientel der steirischen Beratungs- und Behandlungseinrichtungen dar, wobei allerdings andere Altersgrenzen zur Anwendung kamen. Ein Vergleich mit der Referenzgruppe 2015 zeigt, dass die Gruppe der 19- 39-jährigen unter den Spieler/-innen überproportional vertreten ist.

Abbildung 5.23:

Spieler/-innen in steirischen Beratungs- und Behandlungseinrichtungen für Glücksspiel nach Altersgruppen und Jahr, 2010–2016



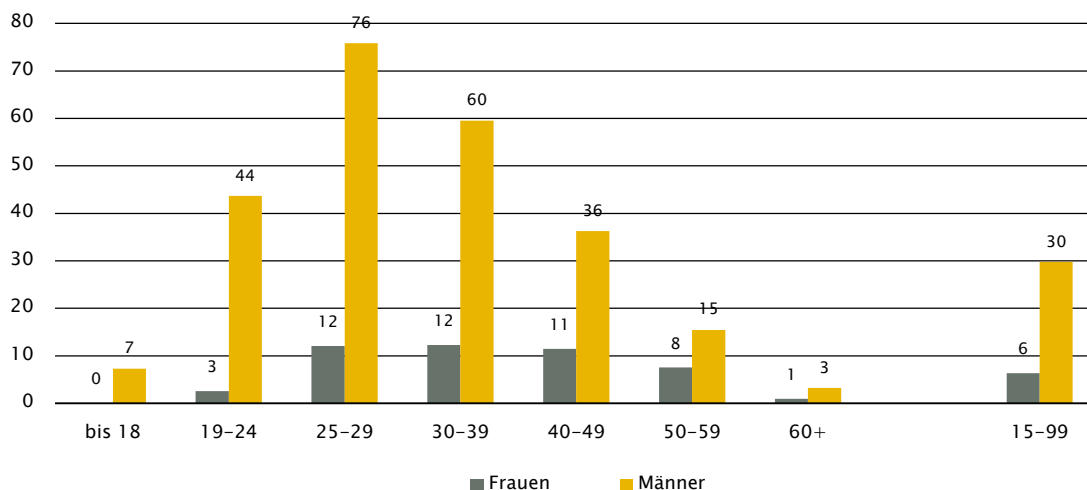
Abweichungen von den 100 % bei den Zahlen der Einrichtungen ergeben sich durch Rundungen bzw. fehlende Werte.

Quelle: Fachstelle für Glücksspielsucht Steiermark, Statistik Austria (2018); Auswertung und Darstellung: GÖG

Betrachtet man die Altersgruppen nach Geschlecht, so sieht man, dass in den steirischen Einrichtungen Spieler in der Altersgruppe von 19 bis 50 überproportional vertreten sind (mit einem Höhepunkt in der Gruppe der 26- bis 30-Jährigen), was auf Spielerinnen hinwiederum in der Altersgruppe von 26 bis 60 zutrifft (Abbildung 5.24).

Abbildung 5.24:

Spieler/-innen in steirischen Beratungs- und Behandlungseinrichtungen für Glücksspiel nach Altersgruppen und Jahr pro 100.000 Einwohner/-innen



Durchschnitt der Jahre 2010–2016; Referenzwert der steirischen Bevölkerung 2015

Quelle: Fachstelle für Glücksspielsucht Steiermark, Statistik Austria (2018); Auswertung und Darstellung: GÖG

In Bezug auf die Altersverteilung nach Geschlecht zeigt die Auswertung der Daten der Klientel der Spielsuchthilfe Wien und jener der steirischen Einrichtungen vergleichbare Daten: Im Vergleich mit der Normalbevölkerung sind Männer jüngeren Alters, besonders die Gruppe der 26- bis 30-Jährigen, überproportional in Behandlungseinrichtungen vertreten. Frauen sind dort im Vergleich dazu in den älteren Altersgruppen überproportional vertreten.

Im Vergleich mit den DLD-Daten zeigt sich ein geschlechtsspezifischer Unterschied dahingehend, dass Spieler sich vergleichsweise später in stationäre als in ambulante Behandlung begeben, während dieser Unterschied bei Spielerinnen nicht besteht.

Für einen Vergleich zwischen Einrichtungen bzw. mit Referenzwerten sind zukünftig einheitliche Alterskategorien erforderlich.

**Zusammenfassung:** In stationären und ambulanten Einrichtungen der Spielsuchthilfe sind Personen zwischen 19 und 50 am stärksten vertreten, wobei die stärksten Jahrgänge bei Männern deutlich jünger sind als bei Frauen. Im Vergleich zu ambulanten Einrichtungen sind die behandelten Männer in stationären Behandlungseinrichtungen älter. Da man diese Zahlen idealerweise auf den Anteil der Altersgruppen in der Gesamtbevölkerung beziehen sollte, sollte die Altersangabe in den Dokumentationssystemen möglichst genau in Einzeljahren erfolgen. Wenn aus praktischen Gründen bereits bei der Erhebung Alterskategorien unvermeidlich sind, sollten diese maximal einen Zeitraum von 5 Jahren abbilden, wobei sich die Klassengrenzen an der international üblichen

Grenzen (0-4, 5-9, 10-14 usw.) orientieren sollten, um die notwendigen Berechnungen bei der Darstellung der Daten ohne großen Aufwand durchführen zu können.

---

### 5.5.3 Migrationshintergrund

Der Migrationshintergrund wird in den dargestellten **ambulanten Beratungs- und Behandlungseinrichtungen** unterschiedlich erfasst, meist mittels des Geburtslandes der Klienten/Klientinnen. In manchen Einrichtungen werden zusätzlich Kriterien wie etwa die Muttersprache der Klienten und Klientinnen oder die Dauer des Aufenthalts in Österreich erhoben.

Die Klienten/Klientinnen der Spielsuchthilfe Wien haben in den Jahren 2008 bis 2016 im Mittel etwa zu 36 Prozent ein anderes Geburtsland als Österreich<sup>39</sup> (Abbildung 5.25). Ein Vergleich mit der Wiener Bevölkerung ab 15 und einer gewichteten Referenzstichprobe (die Wiener Bevölkerung wurde hinsichtlich des Alters und Geschlechts entsprechend der Stichprobe der Einrichtung gewichtet) zeigt, dass in der Spielsuchthilfe Klienten und Klientinnen mit Migrationshintergrund geringfügig unterrepräsentiert sind, auch wenn der hohe Anteil an Personen mit Migrationshintergrund bei Unkenntnis der Referenzzahlen das Gegenteil suggeriert.

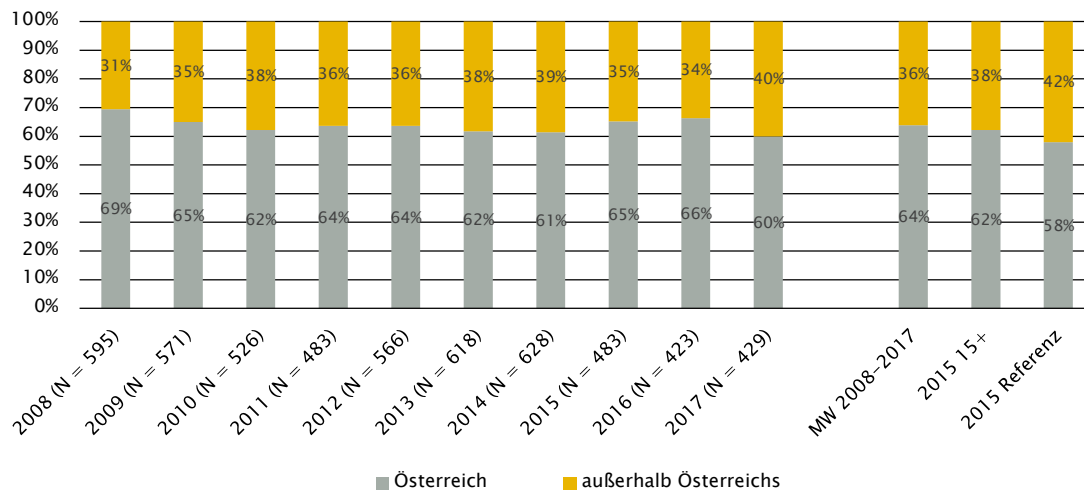
---

39

In einigen wenigen Jahresberichten der Spielsuchthilfe Wien findet sich eine detaillierte Darstellung nach Herkunftsländern.

Abbildung 5.25:

Geburtsland der Klienten/Klientinnen, Spielsuchthilfe Wien, 2008–2017



bezogen auf die Gesamtzahl aller im jeweiligen Jahr betreuten Spieler und Spielerinnen. Die Stichprobe „2015 15+“ ist eine ungewichtete Referenz der Wiener Bevölkerung ab 15 Jahren. Bei der Stichprobe „2015 Referenz“ wurde die Wiener Bevölkerung hinsichtlich Alters und Geschlechts entsprechend der Stichprobe der Einrichtung gewichtet.

Quelle: Spielsuchthilfe Wien, Statistik Austria (2018); Auswertung und Darstellung: GÖG

In steirischen Einrichtungen haben im Durchschnitt 15 Prozent der Spieler/-innen ein anderes Geburtsland als Österreich (

Abbildung 5.26). Beim Vergleich mit einer nach Alter und Geschlecht gewichteten Referenzstichprobe der steirischen Bevölkerung zeigt sich, dass der Anteil fast genau dem Anteil der steirischen Allgemeinbevölkerung entspricht<sup>40</sup>.

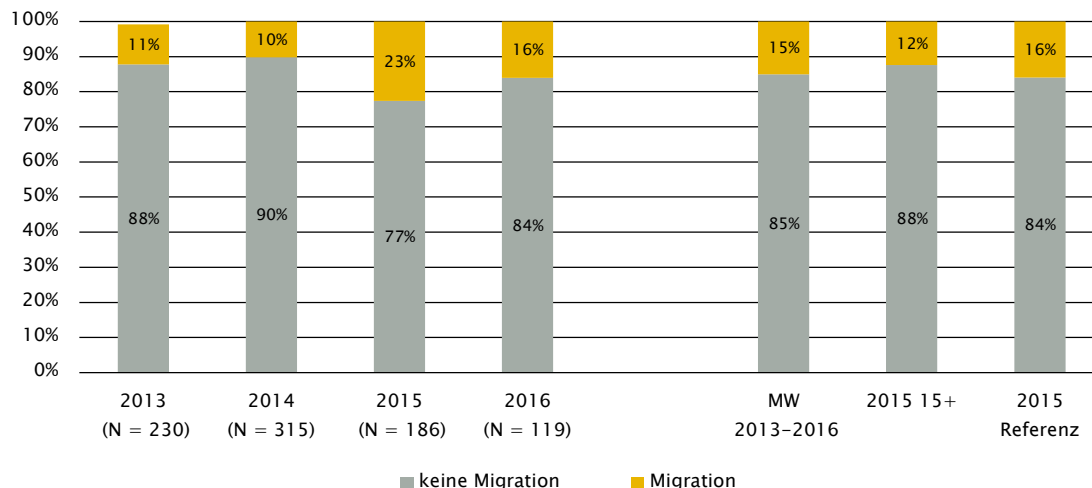
40

Immer dann, wenn die untersuchte Stichprobe in der Alters- und Geschlechtsverteilung stark von der Verteilung der Gesamtbevölkerung abweicht, kann der Vergleich mit einer ungewichteten Referenzstichprobe aus der Gesamtbevölkerung irreführend sein. Im vorliegenden Fall unterscheiden sich die ungewichteten Werte der ab 15-Jährigen aber nicht wesentlich von der korrekt gewichteten Referenzstichprobe.



Abbildung 5.26:

Migration bei Klienten/Klientinnen, Fachstelle Glücksspielsucht Steiermark, 2013–2016



Daten bezüglich des Migrationshintergrunds der Klienten/Klientinnen werden seit 2010 erhoben, allerdings erfolgt die Darstellung des Migrationshintergrunds in diesem Bericht aufgrund von Änderungen in den Erhebungsmodalitäten erst ab dem Jahr 2013. Die Stichprobe „2015 15+“ ist eine ungewichtete Referenzstichprobe der steirischen Bevölkerung ab 15 Jahren. Bei der Stichprobe „2015 Referenz“ wurde die steirische Bevölkerung hinsichtlich Alters und Geschlechts entsprechend der Stichprobe der Einrichtung gewichtet.

Quelle: Fachstelle für Glücksspielsucht, Statistik Austria (2018); Auswertung und Darstellung: GÖG

In den Einrichtungen erfolgt zusätzlich eine Differenzierung nach den Herkunftsländern der Spieler/-innen mit Migrationshintergrund, da diese für die Arbeit in der Einrichtung u. U. Relevanz besitzt. Aus epidemiologischer Sicht sind diese Daten aufgrund der geringen Fallzahlen pro Kategorie und der fehlenden Referenzen nicht wirklich sinnvoll.

Bezüglich des Migrationshintergrunds kommen zwei Phänomene zum Tragen. Zum einen sind unter problematischen/pathologischen Spielern/Spielerinnen Personen mit Migrationshintergrund überproportional vertreten, und zum anderen sind Spielsüchtige mit Migrationshintergrund in den Behandlungseinrichtungen unterrepräsentiert (Kapitel 4.5.1). Diese beiden Phänomene halten sich gegenwärtig, wie die Daten zeigen, offensichtlich die Waage.

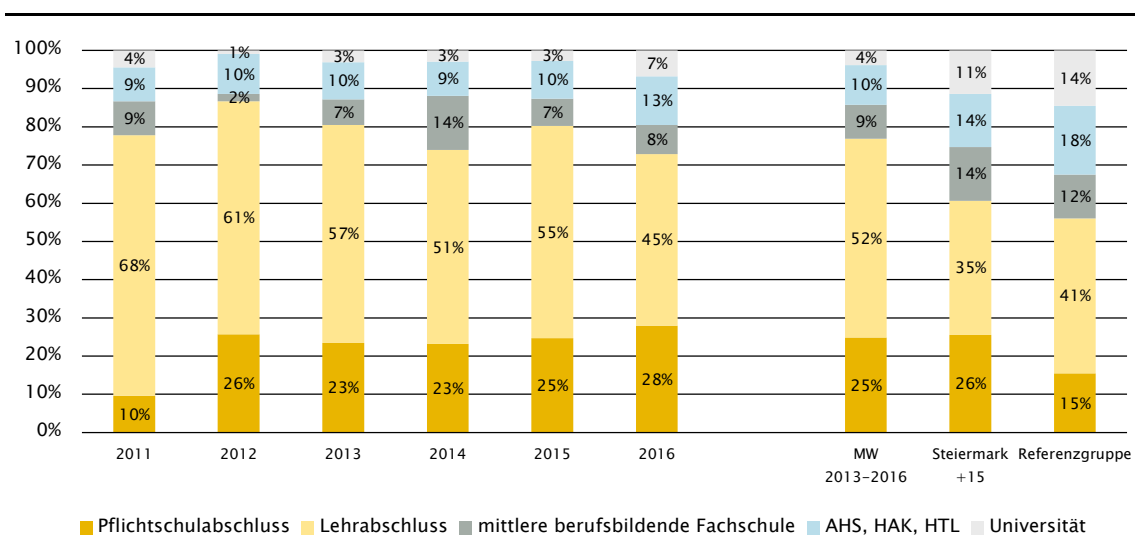
**Zusammenfassung:** Der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund unter den Klienten und Klientinnen der Beratungs- und Behandlungseinrichtungen in Wien und der Steiermark entspricht ungefähr jenem einer nach Alter und Geschlecht gewichteten Referenzstichprobe des jeweiligen Bundeslandes.

## 5.5.4 Bildungsstand

Die Spieler/-innen der ambulanten **Beratungs- und Behandlungseinrichtungen** in der Steiermark und in Wien unterscheiden sich hinsichtlich ihrer höchsten abgeschlossenen Ausbildung deutlich von der allgemeinen Bevölkerung.

25 Prozent der Spieler und Spielerinnen in den steirischen Beratungs- und Behandlungseinrichtungen geben einen Pflichtschulabschluss als höchste abgeschlossene Ausbildung an, 52 Prozent einen Lehrabschluss und 9 Prozent eine mittlere berufsbildende Fachschule. Hingegen verfügen nur 10 Prozent über eine Matura und nur 4 Prozent über einen Universitätsabschluss (Abbildung 5.27). Im Vergleich mit einer gewichteten Referenzgruppe zeigen sich deutliche Unterschiede: Nur 14 Prozent der Spieler/-innen verfügen über einen höheren Bildungsabschluss (AHS/BHS/HTL, Universität), während 32 Prozent der Referenzstichprobe<sup>41</sup> einen solchen aufweisen.

Abbildung 5.27:  
Höchste abgeschlossene Ausbildung, Fachstelle Glücksspielsucht Steiermark, 2013–2016



Die Darstellung erfolgt aufgrund eines hohen Anteils an fehlenden Werten 2011 und 2012 erst ab 2013. Ab 2013 wurden nur „valid cases“ berücksichtigt.

Quelle: Fachstelle Glücksspielsucht Steiermark, Statistik Austria (2018); Berechnung und Darstellung: GÖG

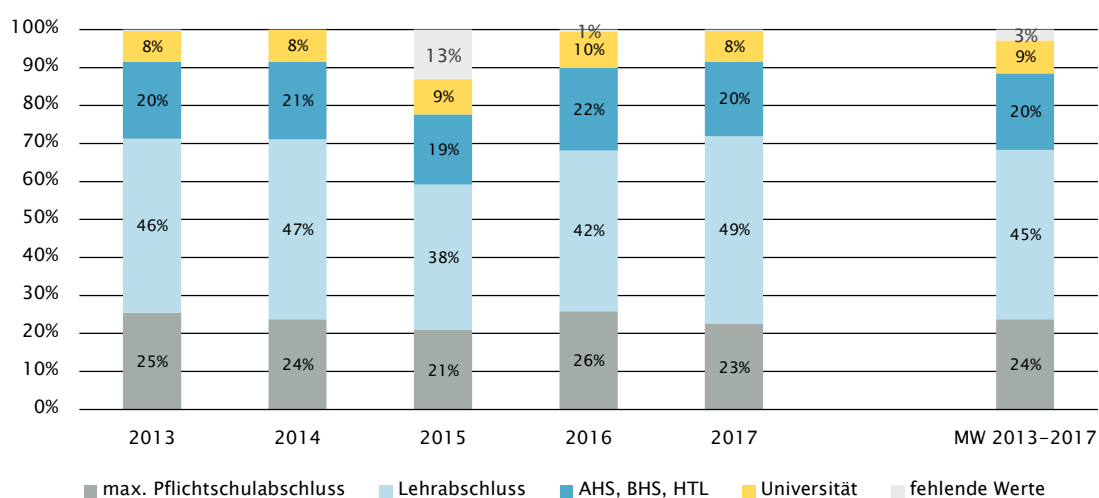
Die Spielsuchthilfe Wien verwendet bei der höchsten abgeschlossenen Ausbildung Kategorien, die von jenen der Statistik Austria abweichen, weshalb die Daten nur sehr eingeschränkt mit einer gewichteten Referenzgruppe vergleichbar sind.

41

Vergleiche man mit einer ungewichteten Stichprobe alle ab 15-Jährigen – eine Gruppe, die bezüglich Alters und Geschlechts ganz anders verteilt ist als jene der behandelten Personen –, würde man die tatsächlichen Unterschiede deutlich unterschätzen.

Der Anteil an Klienten und Klientinnen, die nur über einen Pflichtschulabschluss verfügen, ist mit 24 Prozent mit jenem der gewichteten Referenzstichprobe vergleichbar. Selbst wenn man davon ausgeht, dass in der Kategorie Lehrabschluss auch jene Personen mit einem BMS-Abschluss inkludiert sind (diese Kategorie wird von der Spielsuchthilfe nicht gesondert erhoben), liegt diese deutlich über der Referenzstichprobe. Insgesamt 29 Prozent der Spieler und Spielerinnen verfügen über einen höheren Bildungsabschluss (AHS/BHS/HTL, Universität), wohingegen es in der Referenzstichprobe 43 Prozent sind (Abbildung 5.28).

Abbildung 5.28:  
Höchste abgeschlossene Ausbildung, Spielsuchthilfe Wien, 2013–2017



bezogen auf alle Spieler und Spielerinnen. Auswertung erst ab 2013, da die Daten erst ab diesem Zeitpunkt in den Jahresberichten dargestellt werden.

Die Kategorie BMS wird von der Spielsuchthilfe Wien nicht erfasst. Die Kategorien „Pflichtschule abgebrochen“, „Pflichtschulabschluss“, „Lehre abgebrochen“ und „AHS/BHS abgebrochen“ wurden zur Kategorie „max. Pflichtschulabschluss“ zusammengefasst, die Kategorie „Uni abgebrochen“ mit der Kategorie „AHS/BHS abgeschlossen“ zur Kategorie „AHS, BHS, HTL“ zusammengefasst. Da die Bildungskategorien nicht mit der Kategorisierung der Statistik Austria vergleichbar sind, musste auf einen Vergleich mit einer nach Alter und Geschlecht identischen Referenzgruppe aus der Normalbevölkerung verzichtet werden.

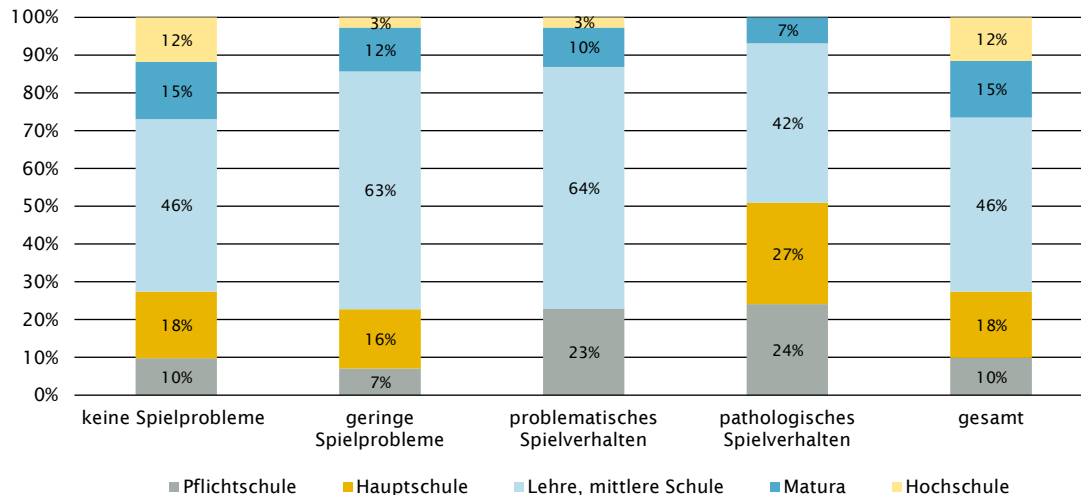
Quelle: Spielsuchthilfe (diverse Jahre), Statistik Austria (2018); Auswertung und Darstellung: GÖG

Sowohl in Wien als auch in der Steiermark zeigen sich bei der höchsten abgeschlossenen Ausbildung deutliche Unterschiede zwischen den Spielern und Spielerinnen in Behandlung und den gewichteten Referenzstichproben. Während sich in der Steiermark ein überproportionaler Anteil der Klienten und Klientinnen mit maximal Pflichtschulabschluss findet, ist das in Wien nicht der Fall.

Diese Unterschiede zwischen den Bildungsabschlüssen von Spielern und Spielerinnen in Behandlung und jenen der Allgemeinbevölkerung spiegeln sich auch in den Daten der Repräsentativerhebung von Kalke wider. Der Anteil der Personen mit einem höheren Bildungsabschluss (Matura, Hochschule) ist unter den Befragungsteilnehmern und -teilnehmerinnen mit problematischem bzw. pathologischem Spielverhalten deutlich geringer als bei Personen ohne Spielprobleme.

Abbildung 5.29:

Schulbildung nach Spielproblemen, Repräsentativerhebung Kalke, 2009



Laut Originalarbeit von Kalke et al. (2011) gibt es in der Gruppe der problematischen Spieler und Spielerinnen keine Personen mit Hauptschulabschluss, was unter Umständen auf einen Kodierungsfehler zurückzuführen ist.

Quelle: Kalke et al. (2011); eigene Berechnungen und Darstellung: GÖG

Aussagen über die Richtung der Zusammenhänge zwischen Spielsucht und Ausbildungsstand können anhand dieser Daten wegen der unterschiedlichen Kategoriensysteme kaum getroffen werden.

**Zusammenfassung:** Spieler und Spielerinnen in Behandlung zeigen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung niedrigere Bildungsabschlüsse. Sowohl in Wien als auch in der Steiermark weisen Spieler/-innen deutlich seltener einen höheren Bildungsabschluss (Matura oder Hochschule) auf – in der Steiermark zudem auch häufiger maximal einen Pflichtschulabschluss. Die Verwendung unterschiedlicher Kategorien bei den Bildungsabschlüssen erschwert den Vergleich zwischen den Einrichtungen bzw. mit Referenzstichproben.

## 5.6 Negative Auswirkungen problematischen bzw. pathologischen Spielens

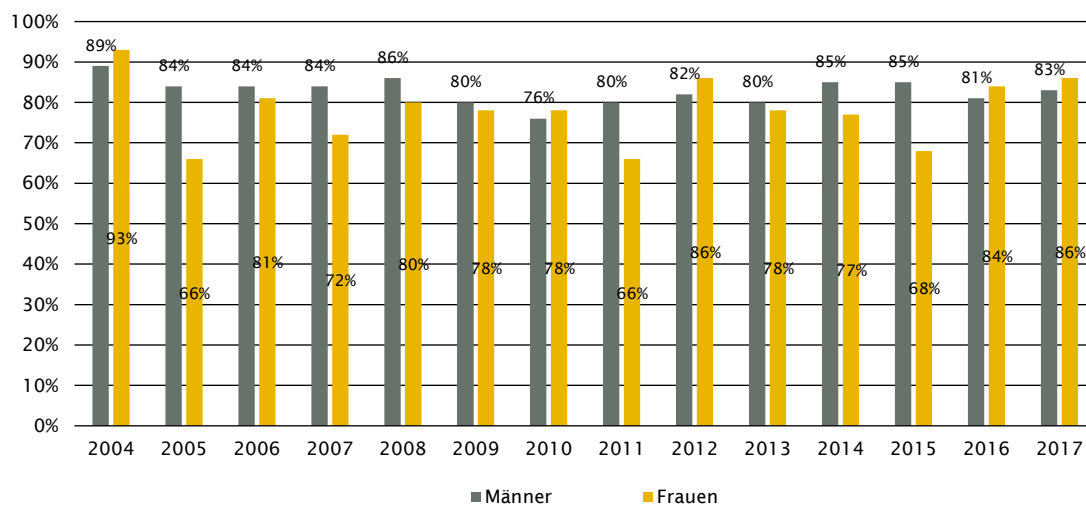
Die Einrichtungen erheben unterschiedliche Formen der negativen Auswirkungen des Spielens auf ihre Klienten und Klientinnen. Im Folgenden werden nur jene Aspekte dargestellt, die in Kapitel 4.4 als sinnvolle Indikatoren problematischen bzw. pathologischen Glücksspiels beschrieben wurden.

## 5.6.1 Verschuldung infolge der Spielsucht

Die Daten der Spielsuchthilfe Wien zeigen, dass im Mittel 83 Prozent der Klienten und im Mittel 78 Prozent der Klientinnen angeben, infolge der Spielsucht verschuldet zu sein (Abbildung 5.30).

Abbildung 5.30:

Verschuldung als Folge der Spielsucht nach Geschlecht, Spielsuchthilfe Wien, 2004–2017



bezogen auf die Erstkontakte der jeweiligen Jahre

Quelle: Spielsuchthilfe (2018); Darstellung: GÖG

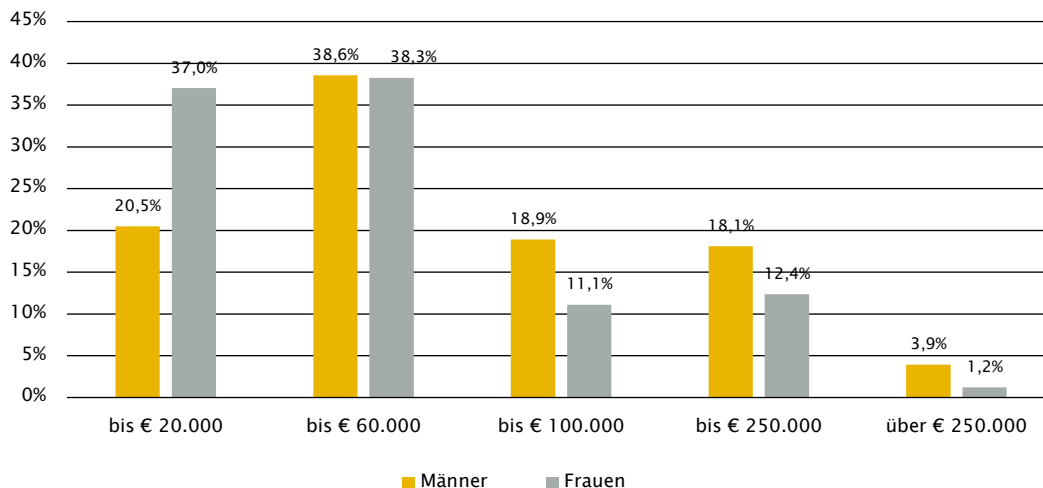
Daten in puncto Verschuldung liegen auch von steirischen Beratungs- und Behandlungseinrichtungen vor. Klienten und Klientinnen mit Verschuldung werden bei Bedarf an die Schuldnerberatung weiterverwiesen, die über ein spezielles Angebot für diese Zielgruppe verfügt. Die Existenzsicherungsberatung in der Steiermark kümmert sich ihrer Aufgabenstellung entsprechend nur um Personen, die Schulden haben, weswegen in Abbildung 5.31 keine Spieler/-innen ohne Schulden oder mit nur geringen Schulden ausgewiesen werden.

Von den spielsüchtigen Klienten und Klientinnen der Jahre 2011–2016 hatten 22 Prozent Schulden im Ausmaß von über 100.000 €. Bei den Spielerinnen ist der Anteil jener, die Schulden bis zu einer Höhe von 20.000 € haben, mit 37 Prozent fast doppelt so hoch wie jener der Männer, aber auch 13,6 Prozent der Frauen hatten infolge der Spielsucht Schulden von über 100.000 € (Abbildung 5.31).

Interessant wären neben der Höhe der Schulden auch realistische Beurteilungen, ob und wie leicht sie ohne Glücksspiel zu bewältigen wären und wie sie zustande kamen. Schulden haben auch Menschen, die nicht an Glücksspiel teilnehmen, und manche Schulden, z. B. im Zuge der Wohnraumfinanzierung, stellen, wenn berufliche Probleme ausbleiben, keine ernste Belastung im Leben von Menschen dar.

Abbildung 5.31:

Höhe der Schulden aufgrund der Spielsucht, Existenzsicherungsberatung, 2011–2016



Quelle: Existenzsicherungsberatung; Darstellung: GÖG

**Zusammenfassung:** Durchschnittlich 83 Prozent der Klienten und 78 Prozent der Klientinnen der Spielsuchthilfe Wien weisen infolge der Spielsucht eine Verschuldung auf. Daten der Existenzsicherungsberatung zeigen, dass 22 Prozent der Männer und 13,6 Prozent der Frauen Schulden von mehr als 100.000 Euro haben.

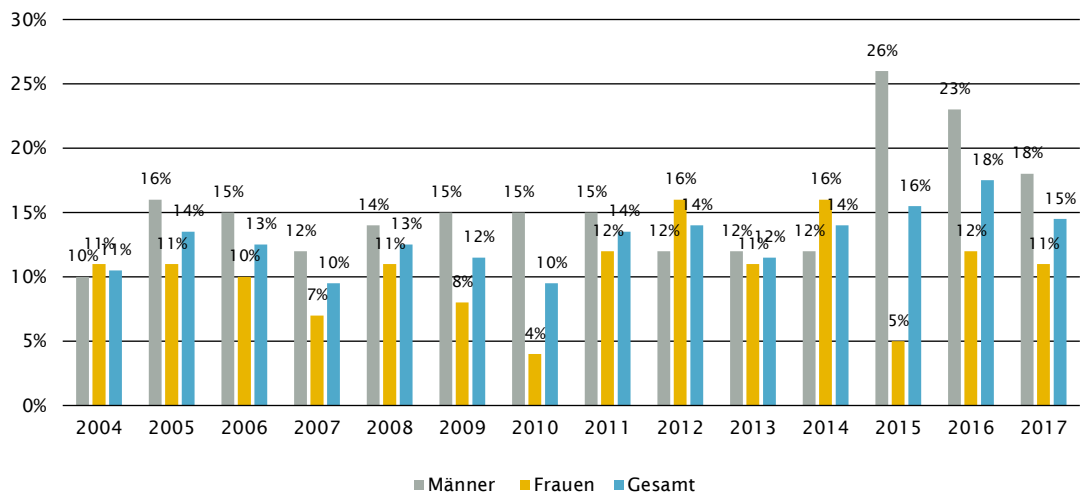
## 5.6.2 Glücksspielbezogene Straftaten

Seit dem Jahr 2004 wird bei den Klienten und Klientinnen der Spielsuchthilfe Wien erhoben, ob sie jemals Delikte begangen haben, um ihre Spielsucht zu finanzieren. In den Jahresberichten der Spielsuchthilfe wird dieser Umstand unter dem Begriff Beschaffungskriminalität dargestellt.

Im Durchschnitt berichten 15 Prozent der Klienten und 10 Prozent der Klientinnen von Delikten (Gesamt: 13 %). Auffallend ist dabei ein sprunghafter Anstieg der von den Klienten berichteten Delikte im Jahr 2015 bzw. höhere Werte in den Folgejahren (Abbildung 5.32).

Abbildung 5.32:

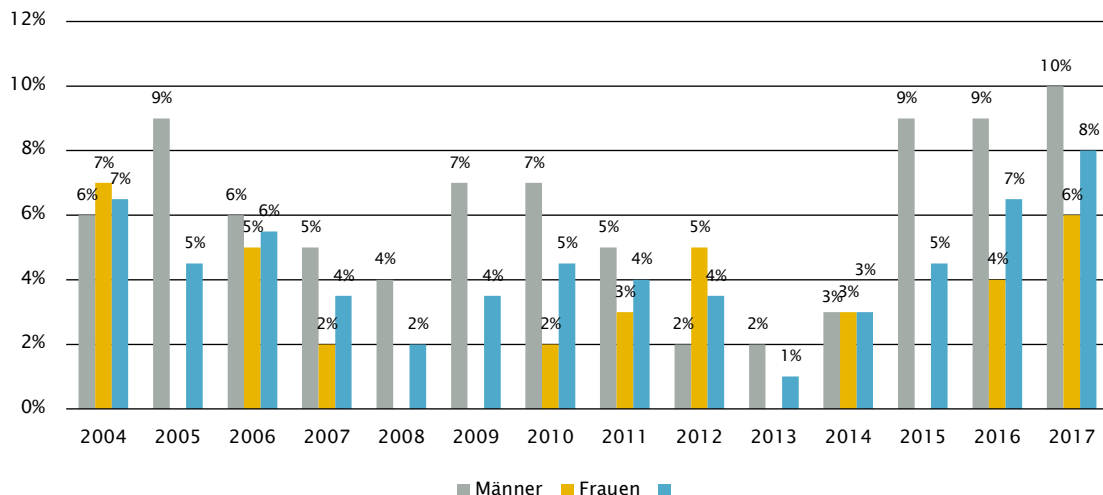
Beschaffungskriminalität nach Geschlecht, Spielsuchthilfe Wien, 2004-2017



Quelle: Spielsuchthilfe (2018); Darstellung: GÖG

Nicht jede glücksspielbezogene Straftat führt zur Entdeckung, Anzeige bzw. zu einer Verurteilung. Zusätzlich zu den Straftaten werden in vielen Beratungs- und Behandlungseinrichtungen auch Vorstrafen erhoben. Etwa 6 Prozent der Klienten und 3 Prozent der Klientinnen der Spielsuchthilfe Wien geben an, infolge der Spielsucht bereits vorbestraft zu sein (Durchschnitt 2004-2017; Abbildung 5.33). Damit weisen Männer im Vergleich zu Frauen doppelt so häufig eine Vorstrafe auf. Ein Vergleich der Vorstrafen (Abbildung 5.33) mit den berichteten Straftaten (Abbildung 5.32) zeigt bei den Straftaten ein Geschlechterverhältnis Männer zu Frauen von 3:2, bei den Vorstrafen ein Verhältnis von 2:1.

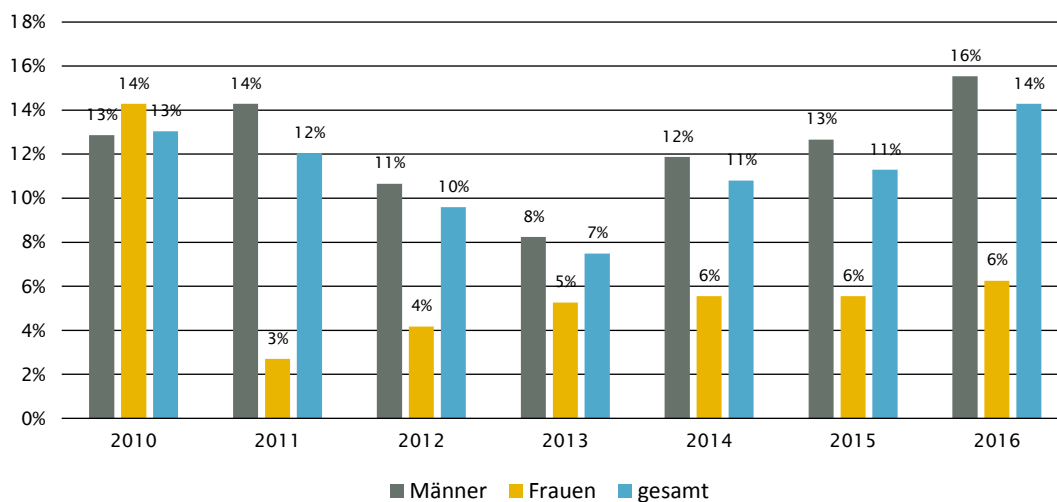
Abbildung 5.33:  
Vorstrafen nach Geschlecht, Spielsuchthilfe Wien, 2004–2017



Quelle: Spielsuchthilfe (2018); Darstellung: GÖG

Bei den Klienten und Klientinnen der steirischen Einrichtungen zeigt sich ein ähnliches Bild. Im Durchschnitt geben im Zeitraum von 2010–2016 11 Prozent der Spieler und Spielerinnen an, zumindest schon einmal ein Delikt begangen zu haben (Abbildung 5.34).

Abbildung 5.34:  
Delikte bei Klienten und Klientinnen der steirischen Einrichtungen nach Geschlecht, 2010–2016



Quelle: Fachstelle für Glücksspielsucht; Darstellung: GÖG



Bei den Daten hinsichtlich glücksspielbezogener Straftaten bzw. dem Vergleich der Zahlen zwischen den Einrichtungen sind Unterschiede bei den Frageformulierungen zu berücksichtigen (Kap. 4.5.5).

---

**Zusammenfassung:** Durchschnittlich 11 Prozent der steirischen und 13 Prozent der Wiener Spieler und Spielerinnen, die aufgrund ihrer Spielsucht Hilfe in Anspruch nehmen, haben Straftaten begangen, um ihre Spielsucht zu finanzieren. Vorstrafen wegen glücksspielbezogener Straftaten weisen 6 Prozent der Klienten und 3 Prozent der Klientinnen der Spielsuchthilfe Wien auf.

---

## 5.7 Glücksspielangebot

### 5.7.1 Onlineglücksspiel

Wie bereits beschrieben, sind die Angebote im konzessionierten terrestrischen Bereich bereits an anderer Stelle dargestellt bzw. ändern sie sich kaum (z. B. bezüglich der Anzahl der Spielstätten und der GSA). Eine Auswertung der Seite [www.online.casinocity.com](http://www.online.casinocity.com) (Kap. 4.3) gibt einen Überblick über die Angebote im Bereich des Onlineglücksspiels (Tabelle 5.3).

Der Überblick zeigt, dass die international verfügbaren Einzelangebote in sehr unterschiedlichem Ausmaß für Kunden und Kundinnen in Österreich (in deutscher Sprache) zugänglich sind (Tabelle 5.3). Während beispielsweise 74,1 Prozent der GSA-Angebote auch in Österreich verfügbar sind, ist dies bei Bingo mit nicht einmal 1 Prozent bzw. Fantasy-Sport (Kap. 7.1) mit 6,4 Prozent der Fall.

Tabelle 5.3:  
Angebot verschiedener Onlineglücksspiele

Sprache der Seite	alle	alle	Deutsch	Deutsch	Deutsch
Seite abrufbar aus (Land)	alle	Ö	alle	Ö	Ö
Währung	beliebige	beliebige	beliebige	beliebige	Euro
<b>Anzahl der Onlineeinzelngebote<sup>42</sup>:</b>					
Onlinekasinos <sup>†</sup>	1757	1357	650	540	524 (29,8 %)
GSA*	11875	11005	8877	8800	8800 (74,1 %)
Poker	227	139	48	33	28 (12,3 %)
Bingo	502	418	4	4	4 (0,8 %)
Lotterien	239	128	60	42	41 (17,2 %)
Sport- und Rennwetten	1109	636	180	155	150 (13,5 %)
Fantasy-Sport	78	22	5	5	5 (6,4 %)
Devisenmarkt	105	95	52	50	44 (42 %)
Wettbörsen	15	13	2	2	2 (13,3 %)
E-Spreads	16	14	5	5	4 (25 %)
binäre Optionen	68	63	41	40	39 (57,3 %)
Live-Dealers	1873	1308	610	492	483 (25,8 %)

<sup>†</sup>Onlinekasinos bieten verschiedene Einzelangebote an.

\*Anzahl der unterschiedlichen Slotspiele

Quelle: <http://online.casinocity.com> (Stand: 2. 7. 2018); Darstellung: GÖG

Eine regelmäßige Abfrage der Angebote würde es zukünftig ermöglichen, die Angebote nicht nur im Querschnitt, sondern auch Entwicklungen in diesem Sektor zu beschreiben und Trends zu erkennen, beispielsweise in Segmenten, die in Österreich im internationalen Vergleich (noch) wenig bekannt sind wie z. B. Fantasy-Sport.

42

Die Beschreibung der Einzelangebote erfolgt im Anhang (Kap. 7.1).

## 6 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Auf Basis der Ausführungen in den vorangegangenen Kapiteln und in Anlehnung an die von Kusek/Rist (2004) bzw. der UNODC (2006) formulierten Empfehlungen für ein umfassendes Monitoring werden Empfehlungen für das Monitoring des (problematischen/pathologischen) Glücksspiels formuliert.

### A. Empfehlungen bezüglich Monitoring

#### A.1 Aufbau eines systematischen Monitorings für Glücksspiel

In Österreich fehlt bis dato eine systematische Erfassung von Daten in Bezug auf problematisches bzw. pathologisches Glücksspiel, nur in Teilbereichen werden entsprechende Daten erhoben und zur Verfügung gestellt. Bei illegalen Drogen hingegen findet ein Monitoring statt, das den von der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) definierten Anforderungen entspricht. Daten in Betreff der fünf epidemiologischen Schlüsselindikatoren *Bevölkerungsbefragungen, Prävalenzschätzungen, Behandlungsdaten, drogenassoziierte Infektionskrankheiten und drogenbezogene Todesfälle* werden systematisch gesammelt und aufbereitet (Kap. 3.1). Die Zusammenschau der unterschiedlichen Daten erlaubt einen Überblick über die aktuelle Situation und die Veränderungen über die Zeit hinweg. Eine ähnliche Datengrundlage soll auch für den Bereich Glücksspiel geschaffen werden.

#### Empfehlung A.1

- » Wichtig ist die genaue Ausformulierung von Indikatoren für pathologisches Glücksspielverhalten analog zu den epidemiologischen Schlüsselindikatoren im Bereich illegaler Drogen. Diese systematisieren die Datensammlung und ermöglichen ein Monitoring der Situation, um auf Basis beobachteter Veränderungen Handlungsbedarf ableiten zu können.
- » Die im Rahmen eines regelmäßigen Monitorings erhobenen Daten können die Basis für eine regelmäßige Berichterstattung über Glücksspiel bzw. problematisches/pathologisches Glücksspiel in Österreich bilden und den jährlichen erscheinenden *Epidemiologiebericht Sucht*<sup>43</sup> um das Thema Spielsucht ergänzen. Zudem kann auf Basis dieser Daten die Berichtspflicht gegenüber der Europäischen Kommission erfüllt werden.

---

43

Der *Epidemiologiebericht Sucht* wird jährlich erstellt und umfasst Daten aus verschiedenen Datenquellen zu den Themen illegale Drogen und Tabak.

## A.2 Nutzung bereits zur Verfügung stehender Datenquellen

Für ein systematisches Monitoring des problematischen/pathologischen Umgangs mit Glücksspiel kommen grundsätzlich verschiedene Datenquellen wie Bevölkerungsbefragungen, Behandlungsdaten und Daten der Glücksspielunternehmen infrage (Kap. 3.3). Um diese Daten in Österreich nutzen zu können, sind allerdings vorbereitende Schritte erforderlich, die je nach Datenquelle mit unterschiedlichem Aufwand und variierenden Kosten verbunden sind. Im Bereich der *Behandlungsdaten* liegen in Form der laufenden Dokumentationen der Beratungs- und Behandlungseinrichtungen bereits Daten vor, die allerdings nur bedingt vergleichbar sind. Die Einbeziehung aller relevanten Einrichtungen und die Vereinheitlichung der Erfassungsinstrumente erfordern einen nicht unbedeutenden finanziellen Aufwand und benötigen eine erhebliche Vorbereitungszeit, die zu erwartenden Hürden wie das Ausbleiben der notwendigen Compliance möglicher beteiligter Personen und Institutionen können beträchtlich sein. Analoge Erfahrungen aus dem Bereich der illegalen Substanzen zeigen, dass diese Probleme allerdings grundsätzlich zu bewältigen sind.

### Empfehlung A.2

- » Es wird empfohlen, die Umsetzung eines systematischen Monitorings des problematischen/pathologischen Glücksspiels mit dem Schlüsselindikator *Behandlungsdaten* zu beginnen, da in den Beratungs- und Behandlungseinrichtungen bereits jetzt laufend Daten erhoben werden und sich die Rahmenbedingungen daher vergleichsweise günstig gestalten.
- » Die Umsetzung der anderen Schlüsselindikatoren erfordert weitere vorbereitende Schritte, deren Umsetzung allerdings parallel in Angriff genommen werden sollte.

## B. Empfehlungen bezüglich Kooperationen

### B.1 Systematischer Überblick über Beratungs- und Behandlungsangebote für Spieler/-innen

In den letzten Jahren hat der Fokus des öffentlichen Interesses auf Spielsucht zugenommen, und die Versorgungsangebote für Spieler und Spielerinnen mit problematischem bzw. pathologischem Spielverhalten wurden ausgebaut. Neben Einrichtungen, die sich ausschließlich an Spieler/-innen wenden, haben auch Einrichtungen der Suchthilfe, die ihr Angebotsspektrum um die Beratung und Behandlung von Spielern und Spielerinnen erweitert haben, einen wichtigen Stellenwert in der Versorgung. Eine systematische Darstellung der Einrichtungen im Alkohol- und Drogenbereich ist etwa über den Suchthilfekompass<sup>44</sup> verfügbar. Ein Äquivalent dazu für den Glücksspielsektor fehlt derzeit noch. Erfahrungen aus dem Bereich der illegalen Substanzen zeigen, dass sich einheitliche Klassifikationsstrukturen bewährt haben.

---

44

Der Suchthilfekompass ist ein elektronisches Verzeichnis und bietet Informationen zu Drogenhilfeeinrichtungen:  
<https://suchthilfekompass.goeg.at/presentation>

#### Empfehlung B.1

- » Es ist erstrebenswert, einen systematischen Überblick über alle Einrichtungen zu gewinnen, die Hilfe für Spieler/-innen leisten. Ein solcher ist unter anderem für die Interpretation der verfügbaren Daten aus den Beratungs- und Behandlungseinrichtungen unerlässlich. Nur so kann man beurteilen, welchen Anteil der Glücksspielbezogenen Behandlungen man mit diesen Daten abdeckt.
- » In diesem Zusammenhang ist die Entwicklung von Ein- und Ausschlusskriterien für Einrichtungen vorzunehmen, die Hilfe für Spieler/-innen anbieten. Auf Basis dieser Kriterien kann eine konsistente Erweiterung des Suchthilfekompasses erfolgen.

### B.2 Kontaktaufnahme mit Schlüsselpersonen in unterschiedlichen Arbeitsfeldern

Um zu validen Aussagen über behandelte Spieler und Spielerinnen aus Beratungs- und Behandlungseinrichtungen zu gelangen, ist die Berücksichtigung von Daten aus möglichst vielen Einrichtungen erforderlich. Das setzt den Aufbau einer guten Kooperation mit allen Einrichtungen voraus. Beratung bei und Behandlung von Spielsucht wird in Österreich von unterschiedlichen Institutionen in verschiedenen Settings angeboten (Kap. 4.2.2). Immer mehr Suchteinrichtungen erweitern ihr Angebot in Richtung Behandlung der Glücksspielabhängigkeit. Es gibt aber auch noch weitere Anlaufstellen wie Schuldnerberatungseinrichtungen und Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen von Anbietern, die wichtige Informationen zur Situation im Bereich problematisches und pathologisches Glücksspiel beitragen können.

#### Empfehlung B.2

- » Wichtig ist die Identifikation von und aktive Kontaktaufnahme mit Personen, die in den Beratungs- und Behandlungseinrichtungen für das Thema Glücksspiel bzw. die interne Dokumentation zuständig sind. Nur so kann die Compliance der Mitarbeiter/-innen in den Einrichtungen gefördert und gute Qualität der erhobenen Daten gewährleistet werden.
- » Um eine gute Kooperationsbasis zu schaffen, ist es nötig, Informationen über den Zweck, den Nutzen und den Verwendungszweck der erhobenen Daten zu bieten. Nur wenn diese Ziele erkannt und anerkannt werden, kann ausreichende Motivation entstehen, die Datenerhebung in den Einrichtungen mit hoher Qualität sicherzustellen.
- » Wichtig ist auch die Vernetzung mit anderen Personen und Einrichtungen außerhalb des Behandlungssettings, die Daten in Bezug auf problematisches/pathologisches Glücksspiel erheben. Das betrifft primär Einrichtungen wie Schuldnerberatungsservices und Glücksspielanbieter.

### B.3 Verstärkte Vernetzung von Spielsuchtexperten/-expertinnen bzw. Schlüsselpersonen

In den Bereichen illegale Drogen und Alkohol besteht eine Vernetzung der Experten und Expertinnen. Im Bereich der Verhaltenssuchte bzw. des Glücksspiels bestehen teilweise regionale Netzwerke. Die konsequente österreichweite Vernetzung von Spielsuchtexperten/-expertinnen fehlt

zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch. Die UNODC hat im Bereich der illegalen Drogen Empfehlungen zur Vernetzung formuliert, die auch auf den Bereich des Glücksspiels anwendbar sind (UNODC 2006).

Die Verhaltenssuchte bzw. das Glücksspiel betreffend bestehen teilweise regionale Netzwerke, und es gibt auch überregionale Kontaktmöglichkeiten, z. B. über die jährliche Tagung des BMF zum Thema Glücksspiel. Berater/-innen, Therapeuten/Therapeutinnen und Experten/Expertinnen auf dem Gebiet des Glücksspiels verfügen über Erfahrungen und Informationen, die im Zusammenhang mit qualitativem Glücksspielmonitoring relevant sind. Gute Kontakte zwischen den genannten Personengruppen erleichtern auch Bestrebungen, die interne Dokumentation einem gemeinsamen Standard anzupassen und so eine österreichweit einheitliche Dokumentation zu realisieren.

#### Empfehlung B.3

- » Es sollten verstärkt Maßnahmen gesetzt werden, um relevante Schlüsselpersonen im Glücksspielbereich zu vernetzen. Dies soll den Austausch untereinander fördern und ein koordiniertes Vorgehen bei der Datenerhebung erleichtern, um damit eine bessere Datenqualität zu ermöglichen.
- » Die Vernetzung der Stakeholder kann durch den Aufbau eines Netzwerks bzw. im Rahmen bereits bestehender Netzwerke erfolgen.
- » Die unterschiedlichen Bedürfnisse, Zielvorstellungen und Erwartungen der Schlüsselpersonen bzw. der Institutionen in Betreff der Datenerhebung müssen beim Netzwerkaufbau berücksichtigt werden, um unrealistische Erwartungen und Frustration zu verhindern. Nur so kann eine hinreichende Datenqualität sichergestellt werden.

#### B.4 Unterstützung auf behördlicher Ebene

Die Umsetzung eines systematischen Glücksspielmonitorings benötigt Unterstützung und Kooperationen auf allen Ebenen, besonders in der Anfangsphase ist es sehr wichtig, Behörden einzubeziehen, die mit der Planung von Prävention, Beratung sowie Therapie befasst sind und Einfluss auf die Finanzierung der Einrichtungen haben. Wenn diese die Zielsetzung nicht unterstützen bzw. für Mehraufwand nicht aufkommen, ist regelmäßiges Monitoring kaum durchzuführen. Schlüsselpersonen auf Regierungs- und Kommunalebene sowie leitende angestellte Führungskräfte einschlägiger Organisationen wie Gesundheits- und Sozialdienste sollten gezielt kontaktiert und vom Sinn und Zweck einer systematischen internen Dokumentation und diesbezüglichen Kooperation mit anderen Einrichtungen und Regionen überzeugt werden.

#### Empfehlung B.4

- » Die Einbeziehung relevanter Behörden und Dienste ist unbedingt erforderlich, um eine umfassende Kooperation zu gewährleisten und eine einrichtungsübergreifende systematische Dokumentation ins Leben zu rufen.

## B.5 Vernetzung auf Bundesebene

Im Bereich der illegalen Drogen – und nur in diesem Bereich – gibt es ein bundesweites Gremium mit Beamtinnen/Beamten auf Bundes- und Länderebene sowie mit einigen Expertinnen/Experten, die wichtige Entscheidungen abstimmen und ein einheitliches bundesweites Dokumentationssystem ermöglicht haben. Auch wenn in der Suchtpräventionsstrategie des Bundes ein erweiterter Suchtbegriff zugrunde gelegt wird (Uhl et al. 2013), hat eine Ausweitung auf andere Suchtformen bis dato nicht stattgefunden. Ein ähnliches Gremium mit Fokus auf Glücksspiel wäre wünschenswert, um bundesweit Grundlagen für ein akkordiertes Glücksspielmonitoring zu entwerfen. Dies entspricht auch den auf der Suchtpräventionsstrategie aufbauenden Plänen einer übergreifenden Suchtkoordinationsstruktur mit spezifischen Arbeitsgruppen (Arbeitsgruppe Glücksspielsucht).

### Empfehlung B.5

- » Es ist zweckmäßig, eine Struktur auf Bundesebene zu schaffen, die das Thema Glücksspiel und andere stoffungebundene Suchterkrankungen abstimmt. Dies sollte im Rahmen der geplanten übergreifenden Suchtkoordinationsstruktur erfolgen (Arbeitsgruppe Glücksspielsucht).

## C. Empfehlungen bezüglich der allgemeinen Datenqualität

### C.1 Orientierung an soziodemografischen Referenzwerten

Die Daten der Behandlungseinrichtungen werden meist ausschließlich auf Einrichtungsebene zur Dokumentation der Klientel bzw. der Arbeit innerhalb eines Berichtszeitraums erfasst und dargestellt. Für angemessene epidemiologische Aussagen ist aber ein Vergleich mit Referenzwerten der Allgemeinbevölkerung notwendig. Um auf entsprechende Referenzwerte zurückgreifen zu können, ist bei jenen soziodemografischen Merkmalen, hinsichtlich deren regelmäßig Referenzwerte erhoben werden (z. B. Migration oder Bildungsabschlüsse seitens der Statistik Austria) eine Orientierung an den jeweiligen Kategorien der Statistik Austria zweckmäßig, weil Referenzdaten unabhängig zu erheben finanziell sehr aufwändig ist. Es ist eine Balance zu finden zwischen den Aspekten, welche die Einrichtungen erheben wollen, und den Referenzwerten, die einfach zur Verfügung stehen. Für die wichtigsten soziodemografischen Variablen existieren zudem von der EMCDDA definierte international vergleichbare Core-Items, die beachtet werden müssen, um auch Vergleiche über Suchtformen hinweg möglich zu machen.

### Empfehlung C.1

- » Bei den soziodemografischen Merkmalen, die von der Statistik Austria erhoben werden, sollten die verwendeten Kategorien so gewählt werden, dass sie mit den Referenzwerten der österreichischen Bevölkerung vergleichbar sind. Durch einen Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung wird die Aussagekraft der erhobenen Daten erhöht. Sofern verfügbar, sollen auch die Core-Items der EMCDDA Beachtung finden.
- » Bei allen anderen Merkmalen sollte zwischen allen Beteiligten ein Kompromiss dahingehend gefunden werden, dass wichtige Aspekte erhoben werden, ohne das Instrument zu überladen.

Ein zu umfangreiches Instrument senkt die Motivation, dieses adäquat auszufüllen, systematisch, was zulasten der Datenqualität geht.

## C.2 Flexibilität bei Kategorien

Bei der Erstellung von Dokumentationssystemen werden Kategorien gewählt, die zu diesem Zeitpunkt geeignet erscheinen, bestimmte Fragestellungen zu beantworten. In Bezug auf unterschiedliche Spielformen stellt die Wahl der Kategorien eine besondere Herausforderung dar, weil die zunehmende Diversifizierung des Glücksspielangebots bzw. veränderte rechtliche Rahmenbedingungen dazu führen, dass sich das Angebot im Laufe der Jahre kontinuierlich ändert. Wird an bestimmten Kategorien festgehalten, um die Kontinuität zu bewahren und Zeitreihen zu ermöglichen, spiegeln diese die Realität zusehends weniger. Werden aber Änderungen gemacht, geht oft die Vergleichbarkeit verloren. Voraussicht bei der Wahl der Kategorien aus dieser Perspektive und Kreativität, um notwendige Anpassungen so vorzunehmen, dass maximale Vergleichbarkeit erhalten bleibt, sind in diesem Sinne anzustreben.

### Empfehlung C.2

- » Kategorien sollten möglichst so gewählt werden, dass antizipierbare inhaltliche Veränderungen vorweggenommen werden können.
- » Erscheinen Änderungen der Kategorien zweckmäßig, ist darauf zu achten, dass ein Maximum an Vergleichbarkeit mit den älteren Datenbeständen gewährleistet wird.

## D. Empfehlungen bezüglich der Datenerhebung in Beratungs- und Behandlungseinrichtungen

### D.1 Vereinheitlichung der Datenerhebung in Beratungs- und Behandlungseinrichtungen

Einrichtungen für die Beratung und Behandlung problematischer bzw. pathologischer Spieler/-innen verfügen in der Regel bereits über eine Dokumentation der Klienten und Klientinnen. Die Dokumentationsinstrumente sind nur vereinzelt auf Ebene der Betreiber bzw. auf Ebene eines Bundeslandes (z. B. Steiermark) vereinheitlicht. Will man ein einheitliches bundesweites System schaffen, ist häufig ein Kompromiss nötig. Den Einrichtungen muss es ermöglicht werden, Daten, die ihnen wichtig erscheinen und zu denen es bereits Verlaufsbeobachtungen in der Einrichtung gibt, neben einem bundesweiten Modul beizubehalten. Im Rahmen von DOKLI ist dieses Unterfangen für den Bereich illegale Drogen bereits Realität. Es empfiehlt sich, auf diesen Vorarbeiten aufzubauen.

### Empfehlung D.1

- » Es sollte ein bundesweit einheitlicher Kerndatensatz implementiert werden, dessen Erfassung so beschaffen sein soll, dass Einrichtungen auch noch weitere Daten, die für sie von Relevanz sind, zusätzlich erheben können. Im Rahmen von DOKLI ist dieses Unterfangen für den Bereich illegale Drogen bereits Realität. Es empfiehlt sich, auf diesen Vorarbeiten aufzubauen.



## D.2 Erarbeitung von Standards für die Erhebung in Beratungs- und Behandlungseinrichtungen

Die Dokumentation valider Daten setzt klare Definitionen der zu erhebenden Merkmale und der Definitionskriterien voraus. Die Validität der Daten kann durch die Formulierung von Erhebungsstandards verbessert werden. Ein schriftlicher Leitfaden gewährleistet sowohl die kontinuierliche Erhebung als auch ein einheitliches Verständnis der Variablen und Kategorien. Das ist besonders dann wichtig, wenn das Personal wechselt und keine umfassende Einschulung vorgenommen werden kann. Als bewährtes Beispiel in diesem Zusammenhang ist ein entsprechendes Dokument der UNODC und der EMCDDA für den Schlüsselindikator *Treatment Demand* (Kap. 3.1.1.3) zu nennen (UNODC 2006). Die Ausführungen der vorliegenden Studie bilden eine weitere Basis.

Die Bedeutung der Dokumentation muss von Führungskräften und für die Erhebung zuständigen Personen in den Institutionen ernst genommen werden, und diese müssen immer wieder kontrollieren, ob Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen die Dokumentationsaufgabe rechtzeitig und verlässlich durchführen. Im DOKLI-System wurde dieser Herausforderung mit ausführlichen Manuals, Hilfstexten in der Software und wiederholten Schulungen begegnet.

### Empfehlung D.2

- » Wichtig ist die Erstellung eines Leitfadens, der festlegt, wie die Befragung stattfinden soll und wie die Variablen und Kategorien zu verstehen sind. Nur so können die Vergleichbarkeit und die Interpretierbarkeit der Daten gewährleistet werden.
- » Um die Akzeptanz des Leitfadens und die anschließende Umsetzung zu fördern, ist die Einbindung von Führungskräften und für die Erhebung zuständigen Personen in den Institutionen zu empfehlen.

## D.3 Überlegungen bezüglich Anreizsystemen

Da Dokumentation für Menschen, die andere beraten oder behandeln, eine Zusatzaufgabe darstellt, ist gute Qualität nur möglich, wenn es einen entsprechenden Anreiz gibt. Das geht grundsätzlich dadurch, dass das Nichtausfüllen bzw. unvollständige Ausfüllen von Führungskräften konsequent kritisiert wird und die Dokumentation als Kernaufgabe der Einrichtung definiert wird. Dabei kann es aber leicht zu einer oberflächlichen Pseudoanpassung kommen, die eine schlechte Datenqualität verursacht.

Wesentlich besser ist es, wenn die erhobenen Daten im Beratungs- oder Therapiekontext praktische Relevanz besitzen und wenn es im Zuge der Auswertung regelmäßiges Feedback an die Ausfüllenden gibt – also wenn für diese offensichtlich wird, dass die Daten nicht bloß für die Schublade erhoben wurden. Im Rahmen von DOKLI wurden Benchmarks hinsichtlich fehlender Werte definiert und an die Einrichtungen rückgemeldet. Zudem werden alle Daten jährlich ausgewertet und im *Epidemiologiebericht Sucht* publiziert. Der Bericht wird im DOKLI-Beirat mit ausgewählten Vertreterinnen und Vertretern der beteiligten Einrichtungen diskutiert.

#### Empfehlung D.3

- » Die interne Dokumentation sollte so gestaltet sein, dass sie für die in der Einrichtung arbeitenden Personen bei der täglichen Arbeit einen unmittelbaren Nutzen hat.
- » Es sollte regelmäßige Auswertungen geben, die allen an der Dokumentation beteiligten Personen zur Verfügung gestellt werden, damit diese sehen, dass die Daten für sinnvolle Zwecke verwendet werden.

#### D.4 Erhebungs- und Übermittlungsmodalitäten

Die Datenerfassung sollte benutzerfreundlich und einfach sein, wobei es sinnvoll ist, den Einrichtungen dafür geeignete Programme zur Verfügung zu stellen bzw. bei bereits existierenden eigenen Systemen eine einfache Konvertierung möglich zu machen. Die Datenübertragung zum zentralen Auswerter sollte ebenfalls möglichst einfach zu bewerkstelligen sein. Vermeidbare technische Probleme sollten möglichst verhindert werden, da sonst die Motivation der Beteiligten sinken kann. Optimal wäre ein System der zentralen Datenerfassung, wobei personenspezifische Daten bei den Einrichtungen verbleiben und epidemiologisch wichtige Daten pseudonymisiert auf zentraler Ebene verfügbar sind. Dieses System ist auch für eine Weiterentwicklung von DOKLI angedacht und könnte damit gemeinsam realisiert werden. Elemente von eSuchtmittel (eindeutige Identifikation über das Zentrale Melderegister [ZMR], Verwendung der bPK, pseudonymisiertes Statistikregister) können zur Anwendung kommen.

#### Empfehlung D.4

- » Nur eine benutzerfreundliche, einfach zu handhabende Eingabemöglichkeit und eine unkomplizierte Übertragungsmöglichkeit zur zentralen Auswertungsstelle erhält die Motivation der Beteiligten aufrecht.

#### D.5 Ressourcen für die Umsetzung der Datenerhebung

Eine qualitativ gute Dokumentation bedeutet einen zusätzlichen Aufwand zur Routinearbeit, der entgolten werden muss. Ohne Berücksichtigung dieses Umstands seitens Führungskräften und die Einrichtung direkt oder indirekt finanzierender Stellen, leidet entweder die eigentliche Arbeit oder die Qualität der Dokumentation. Infolge der daraus resultierenden Unzufriedenheit sinkt die Motivation, rechtzeitig und präzise zu dokumentieren.

#### Empfehlung D.5

- » Es bedarf einer adäquaten Abschätzung der Ressourcen, die für die Erfassung der Daten erforderlich sind.
- » Es muss sichergestellt sein, dass die für die Dokumentation notwendigen Mittel auch zur Verfügung stehen.

## E. Empfehlungen bezüglich Bevölkerungsbefragungen über Glücksspiel

### E.1 Entwicklung von Instrumenten

Das Feld Glücksspiel ist in vielerlei Hinsicht sehr komplex. Da Bevölkerungsbefragungen teuer sind und grundsätzlich nur eine begrenzte Anzahl an Fragen möglich ist, sollte der inhaltlichen Vorbereitung der Befragung viel Zeit gewidmet werden. Einerseits sollten nur solche Aspekte erfragt werden, die bei der Auswertung der Erhebung tatsächlich benötigt werden, und andererseits sollten die Formulierungen präzise erfolgen. Erfahrungen im Alkoholbereich, beispielsweise mit dem Alkoholfragebogen „SMART“<sup>45</sup>, zeigen, dass dies ein langwieriger und aufwändiger Prozess ist.

#### Empfehlung E.1

- » Das bei Bevölkerungsbefragungen zum Einsatz kommende Instrument sollte vor der Anwendung umfassend zusammengestellt werden. Damit sollen überflüssige Fragen vermieden und sinnvolle Fragen so formuliert werden, dass diese von den Befragten durchwegs im Sinne der Entwicklerin / des Entwicklers verstanden werden.

## F. Empfehlungen bezüglich Daten von Glücksspielanbietern

### F.1 Gesetzliche Verpflichtungen

Für Glücksspielanbieter ist die systematische Datenerfassung und -übertragung zu Dritten ein Aufwand, der mit Kosten verbunden ist. Ein kommerzieller Anbieter vermeidet unnötige Kosten. Außerdem kann es datenschutzrechtliche Probleme geben, wenn Daten gesammelt, gespeichert, für analytische Zwecke verwendet und weitergegeben werden, die kein Anbieter freiwillig und ungesichert auf sich nimmt. Aus diesen Gründen ist eine eindeutige gesetzliche Regelung nötig, welche Daten in welcher Form von Anbietern gesammelt werden dürfen bzw. müssen und an wen und in welcher Form diese weitergegeben werden dürfen bzw. müssen. Angesichts einer gesetzlichen Verpflichtung sind die Kosten nicht mehr unnötig, und wenn die Details der Datensammlung, -speicherung, -auswertung und -weitergabe gesetzlich festgelegt sind, laufen die Anbieter nicht Gefahr, datenschutzrechtlich oder anderwärtig belangt zu werden.

Während man legale Anbieter gesetzlich dazu verpflichten kann, bestimmte Daten zu sammeln und weiterzugeben, ist man bei illegalen Anbietern – terrestrisch und online – auf andere Methoden angewiesen. Dafür, das Ausmaß und die Arten der illegalen Angebote erfassen und quantifizieren zu können, sind keine einfachen Lösungen möglich. Man sollte aber versuchen, zumindest ein ungefähres Bild der Problematik zu erhalten.

---

45

Dieser wurde im Rahmen des EU-Projekts RARHA (Joint Action on Reducing Alcohol Related Harm) entwickelt.

#### Empfehlung F.1

- » Es sollte gesetzlich genau festgelegt sein, welche Daten legale Glücksspielanbieter erfassen und weitergeben dürfen bzw. müssen.
- » Es sollten Anstrengungen unternommen werden, die Arten und das Ausmaß der illegalen Glücksspielangebote zu erfassen und dafür geeignete Erhebungsmodalitäten zu finden.

### F.2 Spielsperren

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt existiert keine Sperrdatei, die eine anbieter- und spieleübergreifende Einsicht in Spielsperren erlauben würde (Kap. 4.5.6). Rudimentäre Angaben zu Spielsperren werden den Aufsichtsbehörden jährlich von den jeweiligen Konzessionären und Bewilligungsnehmern übermittelt. Daten, die eine genauere Analyse erlauben, liegen ausschließlich bei den Anbietern vor.

#### Empfehlung F.2

- » Daten betreffs Spielsperren sollten regelmäßig für wissenschaftliche Auswertungen zur Verfügung gestellt werden. Die Unterscheidung in verschiedene Sperrgründe und die Berücksichtigung anderer Merkmale sollte erfolgen.

### F.3 Datenübermittlung

Analog zu Behandlungsdaten könnten Anbieterdaten (insbesondere Spielsperren) in pseudonymisierter Form unter Verwendung der technischen Lösungen von eSuchtmittel übermittelt werden.

#### Empfehlung F.3

- » Eine pseudonymisierte Form der Übermittlung von Anbieterdaten – insbesondere in Bezug auf Spielsperren – analog dem Behandlungsbereich wäre anzustreben.

## G. Allgemeine Empfehlungen

### G.1 Teilnahme an verschiedenen Spielformen

Die Prävalenz der Teilnahme der Allgemeinbevölkerung bzw. der problematischen/pathologischen Spieler/-innen an verschiedenen Spielformen ist ein wichtiger Indikator (Kap. 4.5.2), dessen Erhebung allerdings mit einer Reihe von Herausforderungen verbunden ist. Zu diesen gehören unterschiedliche Kategorien, Änderungen in den erhobenen Kategorien, unterschiedliche Fragemodalitäten (z. B. „bevorzugte“, „problembehaftete“ Spielformen), unterschiedliche oder fehlende Zeiträume. Diese Aspekte schränken die Aussagekraft der erhobenen Daten und deren Vergleichbarkeit ein.

#### Empfehlung G.1

- » Bei der Erhebung der verschiedenen Spielformen sollte ein Modus gefunden werden, der sowohl bei Bevölkerungsbefragungen als auch bei Erhebungen in Einrichtungen angewandt werden kann. Damit kann die Vergleichbarkeit unterschiedlicher Erhebungen und Datenquellen erleichtert werden.

### G.2 Sicherheitsmanagement

Informationssicherheit umfasst mehrere Aspekte wie Datenschutztechnologie, Transport- und Lagerungssicherheit. Diese sind bei der Erhebung nationaler Daten über Glücksspieler/-innen zu beachten.

#### Empfehlung G.2

- » Es sollten spezielle Protokolle erstellt sowie Hard- und Softwarelösungen implementiert werden, um illegalen Fernzugriff auf Terminals mit Verbindung zu den Behandlungsdaten zu verhindern.
- » Die Daten sollten durch ein Pseudoanonymisierungsverfahren geschützt werden. Personenbezogene Daten sollten mit einem Einwegalgorithmus verschlüsselt werden, um ihre Verknüpfung mit identifizierbaren Personen zu verhindern.
- » Um die Transportsicherheit zu gewährleisten, muss beim Transport der Daten in eine nationale Datenbank eine Nachrichtenverschlüsselung verwendet werden.

### G.3 Rahmenbedingungen der Auswertung

Bei Behandlungsdaten oder bei Daten von Spielern und Spielerinnen muss genau festgelegt werden, wer wann auswertet und wo und wie die Ergebnisse dargestellt werden, zudem welche Ergebnisse wann und wie zurück an die Einrichtungen oder zum Anbieter fließen.

#### Empfehlung G.3

- » Einrichtungen und Anbieter, die Daten zur Verfügung stellen, müssen ausreichende Informationen über die auswertende Institution, die Verwendung der Ergebnisse und deren Rückfluss erhalten.

## 7 Anhang

### 7.1 Einzelangebote beim Onlineglücksspiel

Im Folgenden werden die weniger bekannten Einzelangebote des Onlineglücksspielangebots, das in Kapitel 5.7.1 dargestellt wurde, beschrieben.

**E-Spreads** (Spread-Betting) ist der Sammelbegriff für Differenzgeschäfte (spread = Differenz). Dabei setzt man auf Kursänderungen eines Marktes oder eines Vermögenswertes, ohne diesen Basiswert tatsächlich zu kaufen. Beim Broker wird eine kleine Sicherheitsleistung hinterlegt. Der Finanzhebel ist größer als bei traditionellen Börsengeschäften, d. h. sowohl die Gewinne als auch die Verluste können beträchtlich sein.

**Fantasy-Sport** ist eine Art Onlinespiel, bei dem die Teilnehmer/-innen gegen andere in einem Turnier oder einer Liga antreten. Dafür stellen sie virtuelle Teams aus echten Spielern zusammen und je nach Leistung der Sportler/-innen in realen Wettkämpfen bekommen die virtuellen Teams Punkte gutgeschrieben. Gewonnen hat das Team mit den meisten Punkten. Eine Variante dieser Spiele ist Daily Fantasy-Sport, eine schnellere Variante des Fantasy-Sport, bei der die Wettbewerbe keine ganze Saison andauern, sondern nur kurze Zeiträume wie eine Woche oder einen Tag.

Unter **Devisenmarkt** wird der Handel mit Währungen verstanden.

**Wettbörsen** ermöglichen Wetten von Person zu Person und funktionieren wie eine Sportwette, bei der Privatpersonen gegeneinander wetten und auf ein Ergebnis tippen. Die Teilnehmer/-innen geben selbst die Quoten an, und die Wettbörse übernimmt die Funktion des Treuhänders / der Treuhänderin. Der Vorteil von Wettbörsen liegt in den gegenüber jenen der Buchmacher interessanteren Quoten.

**Binäre Optionen** sind Termingeschäfte, bei denen auf einen steigenden oder fallenden Kurs eines Basiswerts (z. B. Währungen, Aktien, Rohstoffe) spekuliert wird. Es gibt Optionen, die für sehr kurze Zeiträume, etwa eine Minute, angeboten werden.

Bei sogenannten **Live-Dealern** werden terrestrisch durchgeführte Glücksspiele per Video übertragen. Die Spiele werden von realen Personen durchgeführt.

## 8 Quellen

- Abbott, M.; Volberg, R.; Bellringer, M.; Reith, G. (2004): A review of Research on Aspects of Problem Gambling. Gambling Research Centre
- Allen Consulting Group (2011): Responding to gambling-related crime. Sentencing options and improving data collecting in courts and prisons. Prepared for the Tasmanian Government Department of Treasury and Finance
- Auer, M.; Griffiths, M. D. (2016): Self-Reported Losses Versus Actual Losses in Online Gambling: An Empirical Study. In: J Gambl Stud
- Barnard, Matt; Kerr, Jane; Kinsella, Rachel; Orford, Jim; Reith, Gerda; Wardle, Heather (2013): Exploring the relationship between gambling, debt and financial management in Britain. In: International Gambling Studies 14/1:82-95
- Binde, P. (2011): What are the most harmful form of gambling? Analyzing problem gambling prevalence surveys. Center for Public Sector Research, Göteborg
- Blaszczynski, A.; Dumlao, V.; Lange, M. (1997): "How much do you spend gambling?" ambiguities in survey questionnaire items. In: J Gambl Stud 13/3:237-252
- Blaszczynski, A. (2002): Harm-minimization and gambling: An overview of international initiatives and interventions. Australian Gaming Council, Sydney
- Blaszczynski, A.; Ladouceur, R.; Goulet, A.; Savard, C. (2006): 'How Much Do You Spend Gambling?': Ambiguities in Questionnaire Items Assessing Expenditure. In: International Gambling Studies 6/2:123-128
- Braun, B.; Ludwig, M.; Slecza, P.; Bühringer, G.; Kraus, L. (2014): Gamblers seeking treatment: Who does and who doesn't? In: J Behav Addict 3/3:189-198
- Bühringer, G.; Kraus, L.; Sonntag, D.; Pfeiffer-Gerschel, T.; Steiner, S. (2007): Pathologisches Glücksspiel in Deutschland: Spiel- und Bevölkerungsrisiken. In: Sucht 53/5:296-308
- Bundesministerium für Finanzen (2014a): Auswirkungen des Glücksspielgesetzes 2010-2014, Wien
- Bundesministerium für Finanzen (2014b): Zweiter Bericht an den Nationalrat über eine betreiber-unabhängige Spielerkarte. BMF, Wien
- Bundesministerium für Finanzen (2017): Glücksspiel. Bericht 2014-2016. BMF, Wien
- Buth, S.; Milin, S.; Kalke, J. (2017): Migration und Glücksspiel. In: SuchtMagazin 5 /:22-26
- BZgA (2014): Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland 2013. Ergebnisse des Surveys 2013 und Trends. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

- Chagas, B.T.; Gomes, J.T.S. (2017): Internet Gambling: A Critical Review of Behavioural Tracking Research. In: *Journal of Gambling Issues* 36
- Davidson, T.; Rodgers, B.; Markham, F.; Taylor-Rodgers, E. (2016): Gambling Expenditure in the ACT (2014): by Level of Problem Gambling, Type of Activity, and Socioeconomic and Demographic Characteristics. Australian Capital Territory Gambling and Racing Commission
- Diekmann, A. (2007): *Empirische Sozialforschung – Grundlagen, Methoden, Anwendungen*. 18. vollständig überarbeitete und erweiterte Neuauflage. rowohlt's enzyklopädie, Reinbek
- Downs, Carolyn; Woolrych, Ryan (2010): Gambling and debt: the hidden impacts on family and work life. In: *Community, Work & Family* 13/3:311–328
- Dragicevic, Simo; Tsogas, George; Kudic, Aleksandar (2011): Analysis of casino online gambling data in relation to behavioural risk markers for high-risk gambling and player protection. In: *International Gambling Studies* 11/3:377–391
- European Commission (2014): Commission Recommendation on principles for the protection of consumers and players of online gambling services and for the prevention of minors from gambling online. C(2014)4630/3
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (1997): Estimating the Prevalence of Problem Drug Use in Europe. EMCDDA Scientific Monograph Series, No 1. EMCDDA, Lisbon
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (1999): Methodological Guidelines to Estimate the Prevalence of Problem Drug Use on the Local Level. EMCDDA, Lisbon
- Gainsbury, Sally (2011): Player account-based gambling: potentials for behaviour-based research methodologies. In: *International Gambling Studies* 11/2:153–171
- Gilovich, T. (1983): Biased Evaluation and Persistence in Gambling. In: *Journal of Personality and Social Psychology* 44/6:1110–1126
- Griffiths, M.; Whitty, M. (2010): Online behavioural tracking in Internet gambling research: Ethical and methodological issues In: *International Journal of Internet Research Ethics* 3/:104–117
- Griffiths, M. (2013): Behavioural Tracking in Gambling: New Empirical Data and the Development of a New Social Responsibility Tool
- Haß, W.; Lang, P. (2016): Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland. Ergebnisse des Surveys 2015 und Trends. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
- Hayer, T.; Meyer, G. (2011): Self-exclusion as a harm minimization strategy: evidence for the casino sector from selected European countries. In: *J Gambl Stud* 27/4:685–700
- Johansson, A.; Grant, J. E.; Kim, S. W.; Odlaug, B. L.; Gotestam, K. G. (2009): Risk factors for problematic gambling: a critical literature review. In: *J Gambl Stud* 25/1:67–92



- Kalke, J.; Buth, S.; Rosenkranz, M.; Schütze, C.; Oechsler, H.; Verthein, U. (2011): Glücksspiel und Spielerschutz in Österreich. Empirische Erkenntnisse zum Spielverhalten der Bevölkerung und zur Prävention der Glücksspielsucht Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau
- Kalke, J.; Wurst, F.M. (2015): Glücksspielverhalten und Glücksspielproblem in Österreich. Ergebnisse der Repräsentativerhebung 2015. Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung
- Kalke, J.; Buth, S.; Thon, N.; Wurst, F.M. (2018): Glücksspielverhalten der österreichischen Bevölkerung und ihre Akzeptanz von Spielerschutzmaßnahmen – Ergebnisse der Repräsentativbefragungen 2009 und 2015. In: Suchttherapie 19/01:11-20
- Kessler, R. C.; Hwang, I.; LaBrie, R.; Petukhova, M.; Sampson, N. A.; Winters, K. C.; Shaffer, H. J. (2008): DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. In: Psychol Med 38/9:1351-1360
- Kusek, J.Z.; Rist, R.C. (2004): Ten Steps to a Results-Based Monitoring and Evaluation System. A Handbook for Development Practitioners. The World Bank, Washington
- Ladouceur, R.; Jacques, C.; Giroux, I.; Ferland, F.; Leblond, J. (2000): Analysis of a casino's self-exclusion program. In: J Gambl Stud 16/4:453-460
- Ladouceur, R.; Sylvain, C.; Gosselin, P. (2007): Self-exclusion program: a longitudinal evaluation study. In: J Gambl Stud 23/1:85-94
- Ladouceur, R.; Blaszczynski, A.; Lalande, D. R. (2012): Pre-commitment in gambling: a review of the empirical evidence. In: International Gambling Studies 12/2:215-230
- Lischer, S. (2016): Gambling-related Problems of Self-Excluders in Swiss Casinos. 16th International Conference on Gambling & Risk Taking. Las Vegas
- Marshall, J.; Marshall, A. (2003): Gambling and Crime in South Australia. Independent Gambling Authority Report
- Meyer, C.; Rumpf, H.-J.; Kruezer, A.; de Brito, S.; Glorius, S.; Jeske, C.; Kastirke, N.; Porz, S.; Schön, D.; Westram, A.; Klinger, D.; Goreze, C.; Bischof, G.; John, U. (2011): Pathologisches Glücksspielen und Epidemiologie (PAGE): Entstehung, Komorbidität, Remission und Behandlung
- Meyer, G.; Bachmann, M. (2011): Spielsucht. Ursachen, Therapie und Prävention. Springer, Berlin Heidelberg
- Ministry of Health (2004): Problem Gambling Research Programme 2005-2010. Ministry of Health, New Zealand
- Monaghan, S.; Blaszczynski, A. (2009): Internet-based interventions for the treatment of problem gambling. Centre for Addiction and Mental Health, Toronto

- Murray, C.J.; Ezzati, M.; TFlaxman, A.D.; Lim, S.; Lozano, R.; Michand, C.; Naghavi, M.; Salomon, J.A.; Shibuya, K.; Vos, T.; Wikler, D.; Lopez, A.D. (2012): GBD 2010: Design, Definitions, and Metrics. . In: *The Lancet* 380/:2063–2066
- Parke, J.; Rigbye, Jane; Parke, A. (2008): Cashless and card-based technologies in gambling: A review of the literature. Gambling Commission
- Parke, J.; Rigbye, Jane (2014): Self-Exclusion as a Gambling Harm Minimisation Measure in Great Britain. An Overview of the Academic Evidence and Perspective from Industry and Treatment Professionals. The Responsible Gambling Trust
- Perrone, S.; Jansons, D.; Morrison, L (2013): Problem gambling and the criminal justice system. Victorian Responsible Gambling Foundation, Melbourne
- Productivity Commission (2010a): Gambling Report No. 50, Volume 1, Canberra
- Productivity Commission (2010b): Gambling Report No. 50, Volume 2, Canberra
- Puhm, A.; Uhl, A. (2016): Novelle des Glücksspielgesetzes 2010: Evaluation der Umsetzung im Bereich Spielerschutz. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Puhm, A.; Uhl, A. (2017): Glücksspiel- und wettbezogene Straftaten. Gesundheit Österreich, Wien
- SACES (2005): Study of the Impact of Caps on Electronic Gaming Machines. Final Report. South Australian Centre for Economic Studies
- Sassen, M.; Kraus, L.; Bühringer, G. (2011): Differences in pathological gambling prevalence estimates: facts or artefacts? In: *Int J Methods Psychiatr Res* 20/4:e83–99
- Shaffer, H. J.; LaBrie, R. A.; LaPlante, D. (2004): Laying the foundation for quantifying regional exposure to social phenomena: considering the case of legalized gambling as a public health toxin. In: *Psychol Addict Behav* 18/1:40–48
- Shaffer, H. J.; Peller, A. J.; LaPlante, D. A.; Nelson, S. E.; LaBrie, R. A. (2010): Toward a paradigm shift in Internet gambling research: From opinion and self-report to actual behavior. In: *Addiction Research & Theory* 18/3:270–283
- Slecicka, P.; Motka, F.; Grüne, B.; Braun, B.; Kraus, L. (2016): Online-Glücksspielangebot. Institut für Therapieforchung, München
- Slutske, W. S. (2006): Natural Recovery and Treatment-Seeking in Pathological Gambling: Results of Two U.S. National Surveys. In: *Am J Psychiatry* 163/:297–302
- Spielsuchthilfe (2016): Jahresbericht 2015. Tätigkeits- und Forschungsdaten. Spielsuchthilfe, Wien
- Spielsuchthilfe (2017): Jahresbericht 2016. Tätigkeits- und Forschungsdaten. Auswertung Erstkontakte 2001–2016. Spielsuchthilfe, Wien
- Spielsuchthilfe (2018): Festbericht 2017. Spielsuchthilfe, Wien

Statistik Austria (2018): Sonderauswertung aus Registerdaten 2015

Storer, John; Abbott, Max; Stubbs, Judith (2009): Access or adaptation? A meta-analysis of surveys of problem gambling prevalence in Australia and New Zealand with respect to concentration of electronic gaming machines. In: *International Gambling Studies* 9/3:225–244

Strizek, J.; Uhl, A. (2016): Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch 2016: Band 1: Forschungsbericht. Gesundheit Österreich GmbH, Wien

Strizek, J.; Anzenberger, J.; Kadlik, A.; Schmutterer, I.; Uhl, A. (2016): ESPAD Österreich 2015. European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Band 1: Forschungsbericht. Gesundheit Österreich, Wien

Thomas, A.; Carson, R.; Delaquiere, J.; Armstrong, A.; Moore, S.; Christensen, D.; Rintoul, A. (2016a): Review of electronic gaming machine pre-commitment features: Self-exclusion. Australian Institute of Family Studies

Thomas, A.; Christensen, D.; Deblaquiere, J.; Armstrong, A.; Moore, S.; Carson, R.; Rintoul, A. (2016b): Review of electronic gaming machine pre-commitment features: Limit setting. Australian Gambling Reserch Centre

Uhl, A.; Schmutterer, I.; Kobrna, U.; Strizek, J. (2013): Delphi-Studie zur Vorbereitung einer nationalen Suchtpräventionsstrategie mit besonderem Augenmerk auf die Gefährdung von Kindern und Jugendlichen. Bundesministerium für Gesundheit, Wien

Uhl, A. (2014): Erkenntnisse der Alkoholforschung – wie fundiert sind die Ergebnisse? In: *Suchtmedizin* 16/5:233–248

UNODC (2006): Guidance for the measurement of drug treatment demand. Global Assessment Programme on Drug Abuse in collaboration with the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. UNODC, New York

Volberg, R.A. (2000): The future of gambling in the Untited Kingdom: Increasing access creates more problem gamblers. In: *British Medical Journal* 320/:1556

Volberg, R.A.; Gerstein, D.R.; Christiansen, E.M.; Baldrige, J. (2001): Assessing self-reported expenditures on gambling. In: *Managerial and Decision Economics* 22/1–3:77–96

Wardle, H.; Sproston, K.; Orford, J.; Erens, B.; Griffiths, M.; Constantine, R.; Pigott, S. (2007): British Gambling Prevelance Survey 2007. National Centre for Social Research

Williams, R.J.; Volberg, R.A. (2010): Best Practices in the Population Assessment of Problem Gambling. Report prepared for the Ontario Problem Gambling Research Centre, Guelph

Williams, R.J.; Volberg, R.A.; Stevens, R.M.G (2012): The Population Prevalence of Problem Gambling: Methodological Influences, Standardized Rates, Jurisdictional Differences, and Worldwide Trends. Ontario Problem Gambling Research Centre and the Ontario Ministry of Health and Long Term Care

Wood, R.; Williams, R.J. (2007): "How much money do you spend on gambling?" The comparative validity of question wordings used to assess gambling expenditure. In: International Journal of Social Research Methodology Theory & Practice 10/1:63-77