

Soziale Kosten des Glücksspiels in Casinos

Studie zur Erfassung der durch die Schweizer Casinos verursachten sozialen Kosten

Im Auftrag
der Eidgenössischen Spielbankenkommission ESBK

Kilian Künzi, Tobias Fritschi, Thomas Oesch, Matthias Gehrig, Nora Julien

Bern, 26. Juni 2009

Dank

Der volkswirtschaftliche Nutzen der Casinos in der Schweiz wird gemeinhin durch die Spielbankenabgabe an die AHV und an die öffentliche Hand ausgedrückt. Unbestritten ist aber, dass das Glücksspiel auch sozialschädliche Auswirkungen haben kann. Um die Frage zu beantworten, welches die sozialen Kosten des Glücksspiels in Casinos sind, hat die Eidgenössische Spielbankenkommission (ESBK) die vorliegende Studie in Auftrag gegeben. Dass die Untersuchung zustande gekommen ist, verdanken wir der tatkräftigen Mithilfe zahlreicher Personen und Institutionen. Für die gute Zusammenarbeit danken wir der Projektleitung seitens der ESBK. Für anregende Diskussionen und Unterstützung sind wir den beiden begleitenden Experten zu Dank verpflichtet: Herrn Dr. Jörg Petry (AHG Klinik Mönchwil, Neunkirchen / AHG Allgemeine Hospitalgesellschaft, Düsseldorf) und Frau Dr. Sonia Pellegrini (Universität Neuchâtel / Berner Fachhochschule für Soziale Arbeit).

Erstmals wurden für diese Studie im Rahmen einer Befragung spezifische Einzeldaten zu Personen erhoben, die in einem Casino eine Spielsperre erhalten. Dass dies möglich war, ist dem Einsatz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der 19 Schweizer Casinos und natürlich den teilnahmebereiten Casino-Besucherinnen geschuldet. Ihnen allen danken wir vielmals für ihre Mitwirkung. Einen wichtigen Beitrag lieferten auch die Beratungs- und Behandlungseinrichtungen für Personen mit Glücksspielproblemen. Die Institutionen haben für uns Daten zusammengetragen und einen Fragebogen ausgefüllt. Für die Bereitstellung und für Auskünfte zu den Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung danken wir Frau Marilina Galati vom Bundesamt für Statistik, für Informationen zu den Daten der «Dargebotenen Hand, Tel. 143» Frau Susanne Berger. Herrn Patrick Schwab vom Bundesamt für Statistik danken wir für die Aufbereitung von Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser.

Mehrere Personen stellten ihr Fachwissen und ihre Zeit für Experteninterviews zur Verfügung. Für die aufschlussreichen Gespräche bedanken wir uns bei folgenden Personen: Herrn Dr. Andreas Canziani (praktizierenden Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie), Herrn Renato Poespodihardjo (Leiter Beratungsstelle für Spielprobleme, Universitäre Psychiatrische Kliniken, Basel), Herrn Martin Schüpbach und Frau Petra Frommert (Schuldenberatung Bern), Herrn Dr. Olivier Simon (Klinikleiter, Centre du Jeu Excessif, Département de psychiatrie CHUV, Lausanne), Frau Lisiane Schürmann (Sozialkonzeptverantwortliche, Casino Montreux).-

Inhaltsverzeichnis

Dank	I
Inhaltsverzeichnis	II
Zusammenfassung	IV
1 Einleitung	1
1.1 Ausgangslage	1
1.2 Fragestellungen	1
1.3 Knapper Forschungsüberblick	2
1.4 Eingrenzungen	3
1.5 Projektorganisation	4
1.6 Aufbau des Berichts	4
2 Daten und Methode	6
2.1 Kostenanalyse	6
2.1.1 Ausgangslage der Kostenanalyse	6
2.1.2 Definition der sozialen Kosten	6
2.1.3 Externe und interne Kosten	7
2.1.4 Rationalität der Glücksspielsüchtigen	7
2.1.5 Referenzeinheit	8
2.1.6 Reale Kosten und pekuniäre Kosten bzw. Wirkungen	8
2.1.7 Systematik der sozialen Kosten	10
2.1.8 Weitere Abgrenzungen der Messmethode	11
2.1.9 Einbezogene Kosten	11
2.1.10 Problem der Kausalität	13
2.2 Quellen der Informationsgewinnung und Datengrundlage	14
2.2.1 Quellen der Informationsgewinnung im Überblick	14
2.2.2 Datenerhebung bei Beratungs- und Behandlungsstellen	15
2.2.3 Befragung gesperrter Spieler/innen	17
2.2.4 Befragung von Expert/innen aus Beratungseinrichtungen und Sozialkonzeptverantwortlichen	23
2.2.5 Auswertung amtlicher Statistiken	24
2.2.6 Literaturanalysen	26
3 Zahl der Casino-Besucher/innen mit Glücksspielproblemen	27
3.1 Schwierigkeiten der Prävalenzmessung	27
3.2 Prävalenz pathologischer und problematischer Spieler/innen in der Schweiz allgemein	27
3.3 Jahresprävalenz von problematischen und pathologischen Casino-Spieler/innen in der Schweiz gemäss SGB 2007	28
4 Individuelle und soziale Folgen	32
4.1 Finanzielle Situation und Verschuldung	32

4.2	Arbeitsleistungen, Produktivitätsausfall	37
4.3	Auswirkungen auf die Familie und das soziale Umfeld	41
4.4	Gesundheitliche Belastungen	43
4.5	Beschaffungskriminalität	49
4.6	Beanspruchung von Beratung und Behandlung	51
5	Höhe der sozialen Kosten	55
5.1	Direkte Kosten	55
5.1.1	Kosten für Beratung und Behandlung	55
5.1.2	Verwaltungskosten	56
5.1.3	Prävention und Forschung	58
5.2	Indirekte Kosten	58
5.2.1	Arbeitsproduktivität	58
5.2.2	Fluktuationskosten	59
5.2.3	Todesfälle	61
5.3	Intangible Kosten	61
5.4	Pekuniäre Wirkungen	62
5.4.1	Vermögenswerte	62
5.4.2	Verschuldung	63
5.4.3	Diebstähle	64
5.4.4	Transferzahlungen	64
5.5	Übersicht über die Kosten und deren Finanzierung	65
5.6	Vergleich der Kostensituation mit anderen Problemkomplexen	68
5.7	Kostenverursacher - Merkmale der Spieler/innen	70
6	Entwicklung in den letzten Jahren	74
6.1	Prävalenzen für Personen mit Glücksspielproblemen	74
6.2	Entwicklung der Fälle in Beratung/Behandlung	74
6.2.1	Ergebnisse der Befragung der Beratungs- und Behandlungsstellen	74
6.2.2	Daten Telefon 143 «Die Dargebotene Hand»	77
6.2.3	Stationäre Behandlungen gemäss Medizinischer Statistik der Krankenhäuser	77
6.3	Einschätzungen der befragten Expertinnen und Experten	79
7	Aussagen zur Wirksamkeit der Sozialkonzepte	81
8	Diskussion und Ausblick	82
9	Literaturverzeichnis	85
10	Anhang	88
10.1	Prävalenzschätzung auf der Basis der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007	88
10.2	Erhebungsinstrumente	89
10.2.1	Befragung der Beratungs- und Behandlungsstellen	89
10.2.2	Befragung der gesperrten Spieler/innen	89
10.2.3	Leitfaden der Expertengespräche	89

Zusammenfassung

Ausgangslage

Nach Inkrafttreten des neuen Spielbankengesetzes im April 2000 veränderte sich die Glücksspiel- bzw. Casinolandschaft in der Schweiz grundlegend. Seit 2003 stehen dauerhaft 19 Casinos in Betrieb, deren Nutzung über die Jahre stetig zugenommen hat. Im Jahr 2008 erreichte der Bruttospielertrag der Casinos rund 992 Mio. Fr. Die Spielbankenabgabe zuhanden der AHV und der Standortkantone der B-Casinos betrug 517 Mio. Fr.

Einer der Hauptvorbehalte gegen die Zulassung von Spielbanken war und ist die vermutete Zunahme von Glücksspielsucht mit ihren gesellschaftlich und wirtschaftlich negativen Auswirkungen.

Um zu beurteilen, ob die Anforderungen im Bereich des Sozialschutzes innerhalb der Casinos ausreichend sind, hat die ESBK u.a. eine Studie zu den durch die Eröffnung der Casinos verursachten sozialen Kosten in Auftrag gegeben. Mit der Erarbeitung der Studie wurde das Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS) beauftragt.

Fragestellungen

Die forschungsleitenden Fragen wurden von der ESBK vorgegeben:

- Wie hoch sind die gesellschaftlich zu tragenden Kosten?
- Wer finanziert/trägt die Kosten, wer verursacht sie?
- Welche Aussagen lassen sich zur Entwicklung der Kostensituation machen?
- Wie lässt sich die Kostensituation im Vergleich einschätzen?
- Welche Aussagen lassen sich über die Wirksamkeit der Sozialkonzepte machen?

Daten und Methode

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden sowohl quantitative als auch qualitative Ansätze verwendet. Grundlage der prävalenzbasierten Kostenschätzungen bildeten die für die Spielsucht adaptierten «international guidelines for estimating the costs of substance abuse» (WHO 2003, Single 2003).

Es wurden folgende Quellen der Informationsgewinnung beigezogen:

- Schriftliche Befragung von Beratungs- und Behandlungsstellen (n=64 Institutionen mit Glücksspielberatungen)

- Befragung gesperrter Spieler/innen (n=167 Personen, die zwischen August 2008 und März 2009 in einem Schweizer Casino eine sozialbedingte Spielsperre erhalten haben); die Einteilung nach Schweregrad der Glücksspielproblematik (risikoarmes, problematisches, pathologisches Spielverhalten) erfolgte nach dem «Lie/Bet-Screen»

- Daten der Casinos zu den Spielsperren 2007 (für Vergleich mit Ergebnissen der Spielerbefragung)

- Befragung von Expert/innen aus Beratungseinrichtungen und Sozialkonzeptverantwortlichen (n=6)

- Auswertung der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 (Bundesamt für Statistik; n=13'977 Personen ab 18 J.)

- Auswertung der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (Bundesamt für Statistik)

- Literaturanalysen (Kostenstudien, Kostensituation bei anderen Problemkomplexen)

Den Kern der Erfassung der verschiedenen sozialen Kosten bildete die Befragung der gesperrten Spieler/innen. Hier ist anzumerken, dass die Befragung, nicht zuletzt aufgrund der schwer erreichbaren Zielgruppe, mit Problemen verbunden war und der Rücklauf (14.4% bzgl. der ausgehändigten Fragebogen) unter den Erwartungen blieb. Des Weiteren standen auch in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 nur relativ wenig Daten zum problembehafteten Glücksspiel, insbesondere in Zusammenhang mit Casinos, zur Verfügung. Durch die geringen Fallzahlen müssen Unsicherheiten bei der Hochrechnung resp. bei den Kostenschätzungen in Kauf genommen werden.

Zahl der Casino-Besucher/innen mit Glücksspielproblemen

Vor dem Hintergrund der Fragestellung der Studie bestand eine erste Herausforderung in der Ermittlung der Zahl der Casino-Spieler/innen, die aufgrund ihrer Casino-Besuche Probleme mit dem Glücksspiel haben.

Auf der Grundlage der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 und eines von der ESBK (2009) ermittelten Verfahrens zur Bestimmung des Schweregrads der Glücksspielproblematik ergab sich eine **Prävalenz** für problematische Casino-Spieler/innen von **0.30%** (CI 95: 0.18-0.49) und für pathologische Casino-Spieler/innen von **0.13%** (CI 95: 0.07-0.28). Hochgerechnet auf die Schweizer Bevölkerung ab 18 Jahren sind dies 13'535 (6'794–20'275) problematische und 6'095 (1'721–10'469) pathologische Casino-Spieler/innen. Werden die beiden Kategorien zusammengezählt, erhält

man eine Summe von 0.43% (0.29-0.65) bzw. 19'630 (11'597-27'663) Personen mit Glücksspielproblemen wegen dem Spielen in Casinos.

Die Auswertungen deuten darauf hin, dass es sich bei **rund 20% der gemäss SGB 2007 als problematische oder pathologische Spieler/innen** identifizierten Personen um Casino-Spieler/innen handelt. Dies kann insofern erstaunen, als dass seit April 2005 die Geldspielautomaten ausserhalb der Casinos verschwunden sind, die laut Untersuchungen ein hohes Suchtgefährdungspotential aufwiesen. Andererseits dürften in der Zwischenzeit andere Angebote ausserhalb der Casinos weiter an Bedeutung gewonnen haben (Glücksspiele per Internet, Lotterien, Poker-Turniere etc.).

Individuelle und soziale Folgen

Glücksspielprobleme belasten nicht nur die betroffenen Spieler/innen selbst. Auch ihr familiäres und gesellschaftliches Umfeld ist in die Problematik miteinbezogen. Eine zweite grosse Herausforderung der Studie bestand in der repräsentativen Erfassung und Quantifizierung der fraglichen Belastungen. Auf der Grundlage einer Befragung von gesperrten Spieler/innen konnten verschiedene Anhaltspunkte zu Folgen des problembehafteten Casino-Spiels gewonnen werden.

■ **Finanzielle Situation und Verschuldung:** Problematisches oder pathologisches Spielverhalten kann auf die Dauer zu massiven finanziellen Problemen führen:

- In den letzten 12 Monaten vor der Sperrung verspielten problematische und pathologische Spieler/innen im Schnitt rund 2'500 resp. 3'400 Fr. monatlich.
- Neben dem laufenden Einkommen verspielten die Spieler/innen häufig Vermögenswerte oder Ersparnisse. Bei problematischen Spieler/innen ergab sich hier ein mittlerer Betrag von 24'700 Fr. bei pathologischen Spieler/innen von 75'000 Fr. (wobei die Werte von 0 bis 1 Mio. Fr. streuen).
- Spielgeld wird häufig bei Verwandten, Freunden, bei Kreditunternehmen oder beim Lebenspartner ausgeliehen. Nur 27% der pathologischen Spieler/innen gaben an, noch nie Geld fürs Casino-Spiel ausgeliehen zu haben.
- 53% der pathologischen Spieler/innen berichteten, dass sie zur Zeit mit Zahlungen im Rückstand sind (Steuerrechnung, Alimentezahlung, Mietzins, Krankenkassenprämie etc.)
- 28% der pathologischen Spieler/innen rapportierten eine Verschuldung. Der durchschnittliche Betrag für Zahlungsrückstände und Schulden beläuft sich bei den problematischen Spielern

auf 3'900 Fr., bei den pathologischen Spielern auf 27'600 Fr. (Streuung von 0 bis 250'000 Fr.).

■ **Ausfall an Arbeitsleistung:** In Bezug auf die sozialen Kosten des Glücksspiels stellt sich die wichtige Frage, inwiefern bei Personen mit Glücksspielproblemen die Arbeitsleistung beeinträchtigt ist:

- Rund 80% der gesperrten Spieler/innen waren in den letzten 12 Monaten vor der Sperre erwerbstätig.
- Absenzen am Arbeitsplatz durch das Casino-Spiel kommen vor. Bei den problematischen Spielern kam es bei 4% und bei den pathologischen Spielern bei 21% zu spielbedingten Absenzen (zumeist 2 bis 3 Tage pro Monat).
- 24% der problematischen und 43% der pathologischen Spieler/innen gaben an, dass sie wegen dem Casino-Spiel oder Gedanken daran an ihrer Arbeitsstelle weniger produktiv gewesen seien.
- Zwischen 2 und 9% der problematischen und pathologischen Spieler/innen rapportierten, dass sie im letzten Jahr wegen dem Casino-Spiel arbeitslos wurden. Verschiedentlich drängten sich auch Stellenwechsel auf.

■ **Auswirkungen auf die Familie und das soziale Umfeld:** Ein problembehaftetes Spielverhalten führt häufig zu einer starken Belastung der Familie und des sozialen Umfelds der Person mit Glücksspielproblemen:

- Über zwei Drittel der pathologischen Spieler/innen gaben an, dass das Casino-Spiel bei ihnen private oder familiäre Probleme (mit)verursacht hat (Kontaktverlust zu Freunden, Partnerschaftsprobleme, Scheidung, mangelhafte Kinderbetreuung, Ausfall von Unterstützungsbeiträgen für Partner etc.).

■ **Gesundheitliche Belastungen:** Die glücksspielbedingten Belastungen können zu gesundheitlichen Störungen führen, wobei hier die Frage nach Folge oder Ursache oft nicht einfach zu beantworten ist:

- Rund 40% der problematischen und 80% der pathologischen Spieler/innen gaben an, aufgrund des Casino-Spiels an gesundheitlichen Problemen zu leiden. Dabei handelte es sich häufig um psychische Probleme (depressive Verstimmung, Angstzustände) oder Sucht-Komorbiditäten (übermässiger Tabakkonsum, Alkohol- oder Medikamentenprobleme).
- Aus verschiedenen Studien zu pathologischem Glücksspiel geht hervor, dass pathologische Spieler/innen erhöhte Raten von Selbstmordgedanken, Suizidversuchen und vollzogenen Suiziden aufweisen. Bei den problematischen Spieler/innen gaben 11% an, dass sie wegen Problemen mit dem Casino-Spiel bereits an Selbst-

mord gedacht haben, bei den pathologischen Spieler/innen stieg der Anteil auf 31%.

- Bezüglich Erhalt einer Invalidenrente aufgrund des problembehafteten Casino-Spiels konnte im Rahmen der vorliegenden Studie kein gesicherter Fall gefunden werden.

■ **Beschaffungskriminalität:** Die illegale Beschaffung finanzieller Mittel für das Glücksspiel ist ein charakteristisches Merkmal von Personen mit Glücksspielproblemen. In klinischen Studien aus Behandlungseinrichtungen oder Selbsthilfegruppen berichten gemeinhin hohe Anteile, strafbare Handlungen begangen zu haben:

- Von den problematischen Spieler/innen hat niemand angegeben, dass er wegen Problemen mit dem Casino-Spiel bereits «illegale Handlungen» begangen habe, bei den pathologischen Spieler/innen betrug der Anteil 19%. Aufgrund der Ergebnisse aus anderen Studien ist davon auszugehen, dass bei rund der Hälfte eine Strafverfolgung erfolgt.

■ **Beanspruchung von Beratungs- und Behandlungseinrichtungen:** Aus mehreren Untersuchungen ist bekannt, dass nur ein kleiner Anteil von Personen mit Glücksspielproblemen institutionelle Hilfe von Beratungs- oder Behandlungsstellen in Anspruch nimmt:

- Aus der Befragung der gesperrten Spieler/innen ging hervor, dass 24% der problematischen und 35% der pathologischen Spieler/innen bereits Hilfe in Anspruch genommen haben. Dabei handelte es sich vor allem um Rat von Freunden oder Bekannten und weniger um die Nutzung entsprechender Institutionen. Der Anteil liegt jedoch über den in anderen Erhebungen ermittelten Prozentwerten. Auf der Basis der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 ergaben sich geschätzte 6.3% der als problematisch oder pathologisch eingestuften Casino-Spieler/innen, welche eine institutionelle Beratung oder Behandlung (vom Hausarzt bis zum stationären Klinikaufenthalt) beanspruchen. Vor diesem Hintergrund rechnen wir mit jährlich 1'800 Beratungen/Behandlungen für Personen mit Glücksspielproblemen (inkl. Angehörige) wegen dem Casino-Spiel. Dabei ist anzumerken, dass die Datenlage in diesem Bereich sehr dünn ist, insbesondere was die Fälle bei frei praktizierenden Hausärztinnen/-ärzten, Psychiatern oder Psychologen anbetrifft.

Soziale Kosten des Glücksspiels in Casinos

Soziale Kosten können grundsätzlich in tangible und intangible Kosten gegliedert werden. Als tangible Kosten gelten üblicherweise diejenigen Kosten, die relativ einfach in Geldwerten bemessen bzw. monetarisiert werden können; als in-

tangible Kosten gelten diejenigen Kosten, die nicht oder nur sehr schwer in Geldwerten bemessen werden können.

Die im Rahmen der Studie berücksichtigten sozialen Kosten bestehen grundsätzlich aus vier Elementen:

■ Unter **direkten Kosten** (tangibel) sind z.B. die Leistungen des Gesundheitswesens zu verstehen sowie Verwaltungskosten in Zusammenhang mit Kriminalität, Scheidungen und staatlichen Transferzahlungen.

■ Die **indirekten Kosten** (tangibel) sind Produktionsausfälle aufgrund von (Sucht)Krankheits- und Todesfällen. Dazu kommen Fluktuationskosten in den Betrieben, welche bei der Auflösung von Arbeitsverhältnissen und der Wiederbesetzung von Arbeitsstellen anfallen.

■ **Intangible Kosten** sind hingegen Beeinträchtigungen des Wohlbefindens und der Lebensqualität von betroffenen Spieler/innen und ihren Angehörigen. Wir verzichten in unserer Darstellung auf die monetäre Bewertung von intangiblen Kosten. Sie werden qualitativ bzw. quantitativ ohne Monetarisierung aufgenommen.

■ Unter **pekuniären Wirkungen** sind Geldwerte zu verstehen, die in unserem produktivitätsorientierten Ansatz nicht als soziale Kosten gelten, sondern als Verschiebungen und Umverteilungen, die nicht mit der Verminderung der Wohlfahrt einer Gesellschaft in der Summe einhergehen. Zur Hauptsache handelt es sich dabei um verspielte Vermögenswerte und staatliche Transfers.

Tabelle 1 zeigt die ermittelten sozialen Kosten des Casino-Spiels als jährliche Summen.

Die **direkten sozialen Kosten** betragen **jährlich 8.6 Mio. Fr.** und werden zu 42% durch die öffentliche Hand (Bund, Kantone, Gemeinden) getragen. Weitere 30% der direkten Kosten tragen die Sozialversicherungen und Krankenkassen. Schliesslich tragen private Organisationen über Beiträge und Spenden sowie die Glücksspieler/innen selbst weitere 28% der direkten Kosten. Die direkten sozialen Kosten machen **12.4% der gesamten tangiblen sozialen Kosten** des Glücksspiels in Casinos in der Schweiz aus.

Die **indirekten sozialen Kosten** betragen **61.1 Mio. Fr. jährlich**. Diese werden zu zwei Dritteln durch die Arbeitgeber getragen, da es sich hauptsächlich um Kosten in Zusammenhang mit Absenzen vom Arbeitsplatz, verminderter Produktivität am Arbeitsplatz und der Personalfluktuations aufgrund der Auflösung von Arbeitsverhältnissen und Stellenwiederbesetzungen handelt.

Zusammenfassung

Ein weiteres Viertel der indirekten Kosten werden durch die Familie der Glücksspielenden getragen, hierbei handelt es sich um ausgefallene Hausarbeit bzw. Betreuungsleistungen. Dazu kommen die indirekten Kosten durch Todesfälle resp. verlorene Lebensjahre, die etwa zur Hälfte durch die Glücksspielenden «getragen» werden sowie durch die Familie und die Gesellschaft als Ganzes.

Die indirekten sozialen Kosten machen mit **87.6%** den überwiegenden Teil **der tangiblen sozialen Kosten** aus.

Tabelle 1: Geschätzte jährliche soziale Kosten des Glücksspiels in Casinos in der Schweiz

Kostenart	Mio. CHF
<i>Direkte Kosten</i>	
- Kosten für Beratung und Behandlung	2.97
- Verwaltungskosten für Kriminalität	1.96
- Verwaltungskosten für soziale Sicherheit	1.55
- Verwaltungskosten für Scheidungen	2.14
Gesamt direkte Kosten	8.62
<i>Indirekte Kosten</i>	
- Absenzen am Arbeitsplatz	4.50
- Verminderte Leistungsfähigkeit Arbeit	8.45
- Fluktuationskosten Arbeitslosigkeit/Stellenwechsel	26.53
- Produktivitätsverluste Hausarbeit	10.48
- Produktivitätsverluste verlorene Lebensjahre	11.07
Gesamt indirekte Kosten	61.05
Gesamt tangible Kosten	69.67

Quelle: Berechnungen BASS

Die erwähnten Fluktuationskosten sind gewichtiger Bestandteil der sozialen Kosten. Sie sind nach Rücksprache mit Eric Single, Co-Autor der Guidelines zur Messung der sozialen Kosten von Substanzabhängigkeiten (WHO 2003), als soziale Kostenart zu berücksichtigen, wurden jedoch in der letzten Version der Guidelines nicht explizit erwähnt. Anzumerken ist, dass die Fluktuationskosten bei den verfügbaren Studien zum Alkohol- und Tabakkonsum bisher nicht berücksichtigt wurden (vgl. den nächsten Abschnitt zum Vergleich mit anderen Problemkomplexen).

Die **tangiblen sozialen Kosten** setzen sich zusammen aus den direkten und indirekten Kosten und betragen **insgesamt 69.7 Mio. Fr. jährlich**. Sie werden zu 57% durch die Arbeitgeber getragen, die die Hauptlast der Produktivitätsverluste zu finanzieren haben. Ein Fünftel wird durch die Familie der Casino-Spielenden mit Glücksspielproblemen getragen. Die restlichen tangiblen sozialen Kosten teilen sich die Glücksspieler/innen selbst (9%), die öffentliche Hand (5%), die Sozial- und Krankenversicherungen (4%) sowie die Gesellschaft als Ganzes (3%).

Die **intangiblen Kosten** des Glücksspiels wurden im Rahmen der vorliegenden Studie nicht monetarisiert. Erwähnenswert sind in diesem

Zusammenhang u.a. folgende Sachverhalte: Unter den pathologischen Casino-Spieler/innen rapportierten gut zwei Drittel durch das Casino-Spiel (mit)verursachte **familiäre Probleme** (Kontaktverluste, Partnerschaftsprobleme etc.). Ebenfalls viele Personen leiden an **psychischen Problemen** (Depressionen, Angstzustände etc.), die durch das Casino-Spiel ausgelöst zu sein scheinen. Bei den problematischen Casino-Spieler/innen betrifft dies 20%, bei den pathologischen Casino-Spieler/innen 63%.

Vergleich der Kostensituation mit anderen Problemkomplexen

Tabelle 2 zeigt die sozialen Kosten des Glücksspiels in Casinos im Vergleich zur Tabak- und Alkoholsucht (zu Preisen von 2008). Dabei ist anzumerken, dass solche Kostenvergleiche aufgrund unterschiedlicher Studienansätze und Problemlagen generell sehr schwierig vorzunehmen sind. Zur besseren Vergleichbarkeit mussten bei den in unserer Studie ermittelten Kosten des Glücksspiels in Casinos die Fluktuationskosten bei den indirekten sozialen Kosten ausgeklammert werden, da diese in den Studien zu den anderen Suchtproblemen nicht berücksichtigt worden sind. Im Gegenzug wurde in Anlehnung an die Studie zum Alkohol ein Teil der pekuniären Wirkungen unter den indirekten Kosten miteinbezogen. Dies betrifft die Zahlungen der Arbeitslosenversicherung sowie die bezogenen Sozialhilfegelder (bei der Studie zum Alkohol wurden ähnliche Kostenfaktoren als Schätzwerte für den Produktivitätsausfall genommen).

Der grobe Vergleich zwischen den sozialen Kosten der durch die Casinos verursachten Glücksspielsucht und den sozialen Kosten anderer (substanzgebundener) Suchtprobleme, für die bereits Kostenberechnungen für die Schweiz vorliegen, zeigt, dass die Glücksspielsucht im Casino pro Kopf ein soziales Problem von ähnlicher Tragweite wie die Tabakabhängigkeit darstellt. Hingegen fallen aufgrund eines Glücksspielsuchtfalls etwas weniger als die Hälfte der tangiblen sozialen Kosten eines Falls von Alkoholabhängigkeit an.

Auf der Ebene der Gesellschaft sind die Kosten des Glücksspiels in Casinos relativ gering aufgrund der betroffenen Population von rund 20'000 Personen. Beim Tabak sind fast 2 Mio., beim Alkohol rund 360'000 Personen von Sucht betroffen. Entsprechend liegen die tangiblen sozialen Kosten dieser Problemkomplexe um Faktoren über 100 (Tabak: 5.7 Mia. Fr. tangible soziale Kosten) resp. 40 (Alkohol: 2.4 Mia. Fr. tangible soziale Kosten) höher. Grundsätzlich nicht zu vergleichen mit der Glücksspielsucht in

Casinos sind die sozialen Kosten des Konsums illegaler Drogen, auch wenn hier eine ähnlich grosse Population betroffen ist (geschätzte 30'000 Drogensüchtige). Gemäss Studie betragen die tangiblen Kosten bei illegalen Drogen rund 135'000 Fr. pro Kopf.

Tabelle 2: Jährliche soziale Kosten des Glücksspiels in Casinos im Vergleich zu Alkohol- und Tabakkonsum (zu Preisen 2008)

	Glücksspiel Casino	Tabak	Alkohol
<i>Gesamt (Mio. CHF)</i>			
direkte Kosten	8.6	1'367.7	808.9
indirekte Kosten	49.8	4'299.4	1'631.7
intangible Kosten	n.a.	5'599.3	4'775.7
Soziale Kosten	58.5	11'266.4	7'216.3
Anzahl Personen	19'630	1'950'000	357'000
<i>pro Kopf-Werte (CHF)</i>			
direkte Kosten	439	701	2'266
indirekte Kosten	2'539	2'205	4'571
tangible Kosten	2'979	2'906	6'836
intangible Kosten	n.a.	2'871	13'377

Anmerkung: Damit eine annähernde Vergleichbarkeit gegeben ist, erfolgte bei der Berechnung der indirekten Kosten des Glücksspiels in Casinos gegenüber Tabelle 1 eine Anpassung an die Designs der Studien zu Tabak und Alkohol
Quelle: Berechnungen BASS, Vitale et al. (1998, 93), Jeanraud et al. (2003, IX)

Es ist zu vermuten, dass im Vergleich zu den anderen Suchtproblemen bei der Glücksspielsucht durch das Casino-Spiel pro Fall ein grösserer Betrag von monetären Werten innerhalb der Gesellschaft verschoben wird. Diese sogenannten pekuniären Wirkungen betreffen Schulden der Personen mit Glücksspielproblemen sowie nicht bezahlte Alimente und Vermögensverluste.

Kostenverursacher - Merkmale der Spieler/innen

Bei der Frage zu den Kostenverursachern bzw. zu entsprechenden Merkmalen der Spieler/innen bestätigten sich in der Studie weitgehend bereits bestehende Erkenntnisse.

■ Bezüglich der Risiken, ein problematischer oder pathologischer - und damit im Schnitt hohe Kosten verursachender - Casino-Spieler zu werden bzw. zu sein, ergaben sich die bekannten Faktoren wie ein männliches Geschlecht, eine relativ hohe Spiel- bzw. Besuchsfrequenz und das bevorzugte Spielen an Automaten, weiter eine ausländische Nationalität.

■ Hinsichtlich herkömmlicher soziodemografischer Angaben (Alter, Erwerbssituation, Einkommen, Bildungsstand etc.) unterscheiden sich die Casino-Spieler/innen mit Glücksspielproble-

men nur unwesentlich von der Normalbevölkerung.

■ Als starke Kostenverursacher können Spieler/innen gelten, die wegen dem Casino-Spiel hohe Produktivitätsverluste im Arbeitsplatzbereich generieren (mehrfache Stellenwechsel, Absenzen, verminderte Produktivität, Arbeitslosigkeit), bzgl. pekuniärer Wirkungen sind es Spieler/innen, die eine hohe Verschuldung aufweisen und hohe Beträge an Vermögen verspielt haben.

Entwicklungen in den letzten Jahren

■ Laut den beiden **Prävalenzerhebungen** von Osiek et al. (1999) und Osiek/Bondolfi (2006) für die Jahre 1998 und 2005 ist die Rate problematischer und pathologischer Spieler/innen (Casino und andere Angebote) in der Schweiz mehr oder weniger unverändert geblieben und entspricht im Total über beide Kategorien geschätzten 46'000 bis 98'000 Personen.

■ Die **Daten aus den Beratungs- und Behandlungsstellen** deuten einerseits darauf hin, dass die Anzahl Beratungs- und Behandlungsfälle für Personen mit Glücksspielproblemen in den letzten Jahren zugenommen hat. Andererseits scheint die Anzahl Eintritte von Casino-Spieler/innen in die Beratung mehr oder weniger konstant zu sein.

■ Eine ähnlich konstante Entwicklung zeigt sich bei den **stationär behandelten Glücksspielsüchtigen**. Insgesamt bewegen sich die Fallzahlen mit Haupt- oder Nebendiagnose «pathologisches Glücksspiel» seit dem Jahr 2000 zwischen rund 100 und 120 Fällen pro Jahr, mit Hauptdiagnose zwischen 20 und 40 Fällen pro Jahr.

■ Eine **Zunahme** bei der Inanspruchnahme von Beratungen und Behandlungen wird u.a. durch eine höhere Sensibilisierung auf substanzunabhängige Süchte sowohl bei Fachpersonen als auch bei betroffenen Spieler/innen und Angehörigen erklärt.

■ Eine grosse Beratungsstelle konstatiert eine deutliche **Abnahme** ihrer Glücksspielberatungen seit 2005 und führt diesen Trend auf das Inkrafttreten des Automatenverbots ausserhalb der Casinos zurück.

■ Der **Schweregrad** der Behandlungsfälle ist nach Meinung der meisten Beratungs- und Behandlungseinrichtungen seit 2003 in etwa gleich geblieben. Verschiedene Fachleute orten aber in den letzten Jahren auch eine Zunahme der Probleme u.a. durch Online-Casinos, Internet-Glücksspiele generell, neue Lotterieangebote oder Poker. Aus der Romandie werden Schwierigkeiten mit Automaten in Bistros berichtet. Insbesondere Schuldenberatungsstellen konstatieren z.T. eine gegenüber früheren Jahren hö-

here Verschuldung (v.a. über Kreditkarten) ihrer Klient/innen mit Glücksspielproblemen.

Aussagen zur Wirksamkeit der Sozialkonzepte

Da es sich bei der vorliegenden Studie nicht um eine entsprechende Evaluation handelt, kann sie zur Frage der Wirksamkeit der Sozialkonzepte nur sehr beschränkt Antworten liefern.

Insgesamt äusserten sich die befragten Expert/innen positiv über die heutige Umsetzung der Sozialkonzepte in den Casinos. Durch das Konzept der Spielsperren könnten kurzfristige Verschlimmerungen bei den Betroffenen verhindert werden, wobei das Problem der Glücksspielsucht durch die Sperre allein noch nicht behoben sei.

Verbesserungspotential orteten die befragten Expert/innen vor allem in den Bereichen der Früherkennung und der Förderung des aktiven Mitdenkens der Casino-Mitarbeiter/innen wie auch beim Übergang von der Sperrung in die Beratung/Behandlung der betroffenen Spieler/innen (längere Begleitungsmöglichkeit).

Diskussion und Ausblick

Der Glücksspielmarkt und das Casino-Spiel gelten als bedeutender Wirtschaftszweig in den westlichen Industrieländern. Mit einer Vergrösserung des Glücksspielangebots – hier ist sich die wissenschaftliche Literatur einig – wächst die Problematik der Glücksspielsucht. Im Rahmen der Regulierung sind deshalb nicht nur fiskalische, sondern auch präventive Überlegungen sehr wichtig.

Mit der vorliegenden Studie wurde erstmals versucht, die sozialen Kosten des Casino-Spiels in der Schweiz zu messen. Dabei ist anzumerken, dass die Studie auf relativ groben Annahmen basiert. Dies ist insbesondere darauf zurückzuführen, dass die Datengrundlage sowohl der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 (für die Hochrechnungen) wie auch der speziell durchgeführten Befragung von gesperrten Spieler/innen (für die Ermittlung der meisten Kostenwerte) aufgrund der geringen Fallzahlen mit Unsicherheiten behaftet ist. Diese führen zu relativ grossen Bandbreiten für die Schätzwerte. Die ermittelten und ausgewiesenen Kostenwerte sollten hier keine «Scheingenauigkeit» vortäuschen. Beispiele von Vertrauensintervallen für einzelne Kostenbereiche ergeben Bandbreiten für die Kostenmittelwerte von bis zu Faktor 4 nach oben und nach unten. Sollte dereinst eine bessere Datengrundlage verfügbar sein, könnten die sozialen Kosten genauer bestimmt werden.

Aufgrund der Ergebnisse kann davon ausgegangen werden, dass die Problematik der Glücksspielsucht nicht wegfallen würde, wenn in der Schweiz kein Angebot an Casinos bestehen würde. Die verfügbaren Prävalenzstudien deuten darauf hin, dass die Raten der Personen mit Glücksspielproblemen relativ konstant bleiben. Auf der Basis der SGB 2007 ist rund ein Fünftel der Personen mit Glücksspielproblemen den Casino-Spieler/innen zuzuordnen. Bei den anderen Personen dürften vor allem Glücksspielangebote ausserhalb der Casinos (Internet, Lotterien, Poker etc.) für das Glücksspielproblem verantwortlich sein.

Die ermittelten durch die Casinos verursachten sozialen Kosten betragen rund 70 Mio. Fr. pro Jahr, die zur Hauptsache als Produktivitätsausfälle von den Arbeitgebern getragen werden. Einen hohen Anteil tragen auch die Familien der Glücksspieler/innen. Im Vergleich mit anderen Suchtproblemen liegen die sozialen Kosten des Glücksspiels in Casinos pro Fall etwa in der Höhe der Tabakabhängigkeit.

Zu den verursachten sozialen Kosten der Glücksspiele ausserhalb der Casinos liegen derzeit noch keine Schätzungen vor. Deshalb ist keine Aussage darüber möglich, welcher Anteil der gesamten sozialen Kosten des Glücksspiels in der Schweiz auf das Spielen in Casinos zurückzuführen ist.

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Im Jahr 1993 stimmten die Schweizer Stimmbürgerinnen und Stimmbürger einer Verfassungsänderung zur Aufhebung des bisher bestehenden Spielbankenverbots zu. Nach Inkrafttreten des neuen Spielbankengesetzes im April 2000 veränderte sich die Glücksspiel- bzw. Casinolandschaft in der Schweiz grundlegend. Seit 2003 stehen dauerhaft 19 Casinos in Betrieb (7 Grand Casinos mit Konzession A, 12 sog. Kurssäle mit Konzession B), deren Nutzung über die Jahre stetig zugenommen hat. Im Jahr 2008 erreichte der Bruttospielertrag der Casinos 992 Mio. Fr., was erstmals einem kleinen Rückgang von 2.7% gegenüber dem Vorjahr entsprach. Die Spielbankenabgabe für 2008 betrug 517 Mio. Fr. Die Mittel flossen an die AHV (437 Mio. Fr.) und an die Standortkantone der B-Casinos (80 Mio. Fr.).

Im März 2007 entschied der Bundesrat, während der nächsten drei Jahre keine neuen Spielbanken zu konzessionieren. Zuvor hatten verschiedene Standorte sich um die Vergabe neuer Konzessionen oder eine Umwandlung der bestehenden Konzession bemüht. Ein Bericht der Eidgenössischen Spielbankenkommission ESBK (2006) kam zum Schluss, dass es Anzeichen dafür gebe, dass der schweizerische Spielbankenmarkt grundsätzlich gesättigt sein könnte. Unter anderem seien die Auswirkungen in Bezug auf die Spielsucht noch wenig geklärt.

Eine der Hauptvorbehalte gegen die Zulassung von Spielbanken war und ist die vermutete Zunahme von Glücksspielsucht mit ihren gesellschaftlich und wirtschaftlich negativen Auswirkungen. Das Spielbankengesetz und die Spielbankenverordnung enthalten denn auch Ziele und Massnahmen, mit welchen den sozialschädlichen Auswirkungen des Spiels vorgebeugt werden soll. So müssen die Casinos u.a. über ein Sozialkonzept verfügen, dessen Anwendung und Einhaltung von der ESBK überwacht wird.

Eine wichtige Zäsur in der Entwicklung des schweizerischen Glücksspielangebots bildet das Verbot der rund 6'000 altrechtlichen Glücksspielautomaten ausserhalb von Spielbanken. Die Übergangsfrist für dieses Verbot lief am 1. April 2005 ab. Seit diesem Datum sind in Bars, Spielsalons, Restaurants oder anderen Lokalitäten nur noch die sog. Geschicklichkeitsautomaten erlaubt.

Um zu beurteilen, ob die Anforderungen im Bereich des Sozialschutzes innerhalb der Casinos ausreichend sind, will die ESBK die Spielsuchtprävalenz regelmässig erfassen. Dies soll im Rahmen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung des Bundesamts für Statistik geschehen. Daneben soll in einer spezifischen Studie die durch die Eröffnung der Casinos verursachten, durch die Gesellschaft zu tragenden sozialen Kosten eruiert werden. Unter anderem gilt es zu klären, welchen Umfang die sozialen Kosten erreichen, wer sie verursacht, wer sie trägt, und wie ihre Entwicklung abzuschätzen ist.

Nach einem Auswahlprozess wurde das Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS) mit der Durchführung der Untersuchung zu den sozialen Kosten beauftragt.

1.2 Fragestellungen

Die forschungsleitenden Fragen wurden von der ESBK vorgegeben. Sie sind nachfolgend tabellarisch aufgeführt (**Tabelle 3**).

Tabelle 3: Forschungsfragen

Forschungsfrage	Differenzierung	Bemerkungen
Wie hoch sind die gesellschaftlich zu tragenden Kosten?	- einzelne Kostenarten (direkte Kosten, indirekte Kosten, intangible Kosten) - Personengruppen (z.B. «pathologische» und «problematische» Spieler)	Notwendig sind neben Definitionen der zu berücksichtigenden Kostenarten oder Spielerkategorien verlässliche Grundlagen zur Hochrechnung auf die gesamte Schweiz (Repräsentativität der Untersuchungsgruppe, Prävalenzraten)
Wer finanziert die Kosten?	- einzelne gesellschaftliche Instanzen (Bund, Kantone, Gemeinden, Sozialversicherungszweige, private Trägerschaften) - private Personen (Spieler, Angehörige, Arbeitgeber, etc.)	
Wer verursacht welche Kosten?	- Spielermerkmale: lässt sich im Bereich Kostenverursachung eine Spielertypologie bilden? Gibt es Zusammenhänge mit individuellen Merkmalen der Spieler?	Der Begriff «Merkmale» umfasst individuelle Merkmale der Spieler (Sozio-Struktur, Spielverhalten) wie auch Merkmale des genutzten Spielangebots.
Welche Aussagen lassen sich zur Entwicklung der Kostensituation machen?	- Tendenzen im Vergleich mit bisherigen Studien (Entwicklung der Kosten, Behandlungen etc.) - Verbindung zu Änderungen im Glücksspielmarkt und der Bevölkerung (Verbot von Glücksspielautomaten ausserhalb der Casinos)	
Wie lässt sich die Kostensituation im Vergleich einschätzen?	- Situation im Bereich Glücksspiel gegenüber Situation bei anderen Problemkomplexen wie Alkohol- oder Tabakkonsum - Einschätzung der Rolle, die die negativen Folgen des Glücksspiels gesamtgesellschaftlich spielen	Beantwortung über bestehende Studien zu anderen Problembereichen (neben Alkohol- oder Tabak- auch Drogenabhängigkeit). Wichtig ist die Vergleichbarkeit der Kostenberechnungsmethoden.
Welche Aussagen lassen sich über die Wirksamkeit der Sozialkonzepte machen?	- Kostensituation von gesperrten Spielern	Aus der Kostenanalyse lassen sich wenige Aussagen zur Wirkung der Sozialkonzepte machen, sie kann eine spezifische, umfassende Evaluation/Wirkungsanalyse nicht ersetzen

Quelle: Projektbeschrieb ESBK; eigene Darstellung

1.3 Knapper Forschungsüberblick

Wie Meyer/Bachmann (2005, 130) in ihrem Standardwerk zur Spielsucht schliessen, stehen den vorteilhaften Auswirkungen des Glücksspiels wie den Einnahmen der öffentlichen Hand, der Schaffung von Arbeitsplätzen und wirtschaftlichen Impulsen in Angebotsregionen (z.B. über den Tourismus) «nicht unerhebliche Aufwendungen» gegenüber. Darunter fallen z.B. ambulante und stationäre Behandlungsmassnahmen für süchtige Spieler/innen. Darüber hinaus entstehen Kosten durch die Beschaffungskriminalität, Strafverfahren und den Strafvollzug, durch den Ausfall von Arbeitsleistungen, durch notwendige finanzielle Hilfen zum Lebensunterhalt der Betroffenen, durch Forschungsförderung und präventive Massnahmen und anderes mehr. Meyer/Bachmann orten bei der öffentlichen Hand eine eher zurückhaltende Berücksichtigung von Kosten-Nutzen-Analysen, was die Autoren als interessengeleitet beurteilen, da der Staat vermeiden wolle, dass er auf die selbstbestimmte Expansionswelle von Glücksspielangeboten mit restriktiven Regelungen reagieren müsse. Wenn derartige Kostenrechnungen auf dem Tisch lägen, würde das Glücksspiel eventuell seinen «Goldader-Charakter» für den Staat einbüssen.

Die Häufigkeit von Personen mit Glücksspielproblemen und damit auch die einhergehenden sozialen Kosten sind von zahlreichen Faktoren abhängig wie der Anzahl, Dichte und Art der Glücksspielangebote in einem Land und werden stark durch die gesetzlichen Regelungen beeinflusst. Erhobene Prävalenzraten und Kostenschätzungen sind daher nur beschränkt für verschiedene Länder vergleichbar. Zudem werden die Prävalenzen durch die angewandte Erhebungsmethode, dem Erfassungsinstrument und der verwendeten Kategorisierung des Glücksspielverhaltens beeinflusst. Die Kostenrechnungen hängen mit den berücksichtigten Kostenarten und den entsprechenden Schätzverfahren zusammen.

1 Einleitung

Bei einer Durchsicht der Forschungsliteratur zu Kostenstudien im Glücksspielbereich entstand der Eindruck, dass mehr konzeptionelle Arbeiten vorliegen als empirische Arbeiten. Dies dürfte u.a. an der Komplexität der Umsetzung theoretischer Konzepte in der Praxis und an der Problematik generell liegen.

Empirische Studien kommen etwa zu folgenden Bandbreiten: US-amerikanische Schätzungen der sozialen Kosten, die durch einen pathologischen Spieler pro Jahr entstehen, bewegen sich nach Goodman (1995; hier nach Meyer/Bachmann 2000, 135) zwischen 9'500 \$ und 30'000 \$. Für den Bundesstaat Wisconsin errechneten Thompson et al. (1996) bei einer Prävalenzrate pathologischen Glücksspiels von 0.9% und geschätzten Kosten von 9'500 \$ pro Spielsüchtigen eine Belastung in der Höhe von 307 Mio. \$ pro Jahr. Unter der Zugrundlegung von durchschnittlichen Kosten in der Höhe von 30'000 \$ und geschätzten 1.5% oder 2.7 Mio. pathologischen Spielern gelangten Politzer et al. (1992) zu einer Belastung der US-Gesellschaft durch pathologisches Glücksspiel in Höhe von 80 Mrd. \$.

Für die Schweiz liegt bisher unseres Wissens erst eine Studie vor, die sich mit den Kosten des Glücksspiels befasst hat (Künzi et al. 2004). Die Untersuchung stützt sich u.a. auf Daten von 375 Beratungs- und Behandlungsinstitutionen. Die Datenerfassung fand im Jahr 2002 statt. Die monetär bewertbaren Kosten für Personen mit Glücksspielproblemen in der Schweiz werden hier mit jährlich 100 Mio. Fr. veranschlagt. Unter der Annahme von 40'000 Glücksspielsüchtigen betragen die quantifizierbaren sozialen Kosten je Glücksspielsüchtigen damit 2'300 Fr. pro Jahr. Allerdings wurden gewisse Kostenarten in der Studie (im Gegensatz zu den oben genannten US-amerikanischen Studien) nicht monetarisiert, weil dies aufgrund der verfügbaren Daten nicht möglich war.

1.4 Eingrenzungen

Für die vorliegende Studie sind verschiedene Eingrenzungen anzubringen, die mit dem Auftrag verbunden sind:

- Die Studie fokussiert ausschliesslich auf das Glücksspiel in den Schweizer Casinos. Andere Glücksspiele (Lotterien, Wetten, Internet etc.) sind nicht Gegenstand der Untersuchung. Vor diesem Hintergrund ergeben sich gewisse Schwierigkeiten mit der «Isolation» der Effekte des Casino-Spiels bei Personen, die mehrere Spielangebote nutzen wie auch mit der Kausalität bei allfälligen negativen Folgen.
- Im Rahmen der Kostenrechnung werden die Verwaltungskosten für Regulierung und Aufsicht (z.B. Aufsicht über die Sozialkonzepte durch die ESBK) nicht berücksichtigt.
- Generell konzentriert sich die Kostenermittlung auf «soziale Kosten». Nicht im Fokus stehen komplexe volkswirtschaftliche Betrachtungsweisen im Sinne von Substitutionseffekten etc. (z.B. wenn sich durch den Wegfall eines Glücksspielangebots die Nachfrage auf andere Unterhaltungsangebote verschiebt). Hingegen sollen Produktivitätsverluste, z.B. durch die Verminderung der Arbeitsleistungen, in die quantitative Analyse miteinbezogen werden (vgl. Collins/Lapsley 2003).
- Auch wenn aus der internationalen Literatur Versuche bekannt sind, intangible soziale Kosten (für Begriffe zur Kostenanalyse vgl. Abschnitt 2.1) der Glücksspielsucht resp. die Beeinträchtigung der Lebensqualität der Betroffenen und ihres Umfelds zu quantifizieren (z.B. Eadington 2003), so werden in Absprache mit der ESBK für die vorliegende Studie keine entsprechenden Geldwertbemessungen vorgenommen (z.B. über Zahlungsbereitschaftsanalysen), sondern lediglich Häufigkeiten intangibler Kosten ausgewiesen. Zu beachten ist auch bei den intangiblen Kosten (z.B. familiäre oder psychische Probleme, Komorbidität mit anderen Süchten), dass Ursache-Wirkungs-Beziehungen zur Spielsucht schwierig zu belegen sind.
- Die Studie hat mehrere Schwierigkeiten zu meistern, die bereits angetönt wurden. Die Probleme liegen weniger bei der Definition der sozialen Kosten der «Sucht» und entsprechenden Schätzungen. Dort existieren international anerkannte Standards und Vorgehensweisen. Die Hauptschwierigkeit bildet das Errei-

1 Einleitung

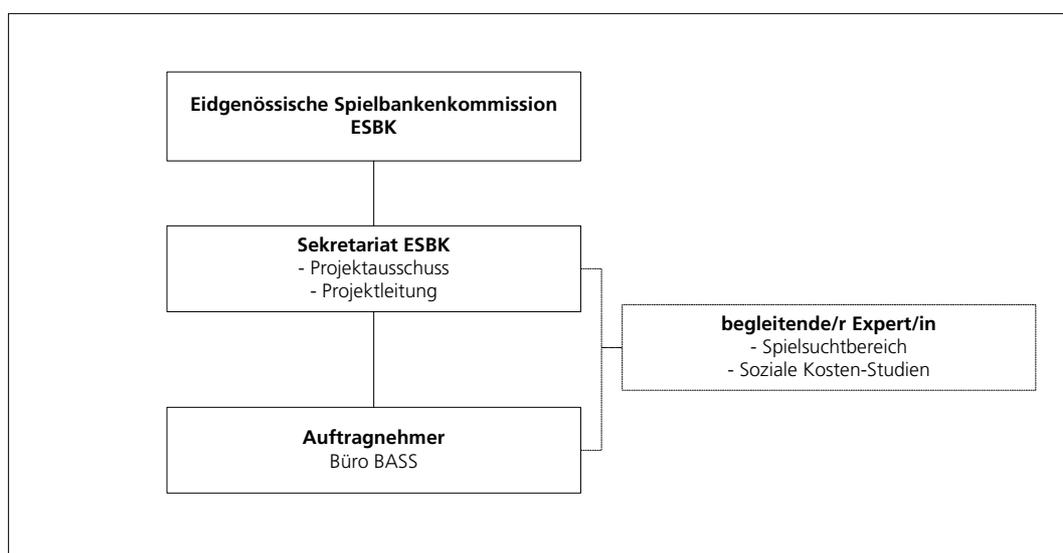
chen repräsentativer Untersuchungspopulationen. Glücksspielsucht ist in der Bevölkerung wenig verbreitet und in der Diagnose komplex, so dass mit vernünftigem (Kosten-)Aufwand mittels eines Bevölkerungs-Screenings nicht genügend kostenrelevanten Aspekte detailliert erfasst werden könnten. Zudem bestehen gewisse Zweifel, ob die Zielgruppe mittels Telefon-Screening repräsentativ erreicht werden kann. Es war Bestandteil des Auftrags, dass sich die vorliegende Untersuchung auf Prävalenzberechnungen auf der Grundlage der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 und eine entsprechende Studie der ESBK (2009) abstützt.

■ Ein wichtiges Element bei der Erfassung der Kosten bildet eine Befragung von Casino-Spieler/innen, die eine Spielsperre erhalten. Hier gilt die Annahme, dass die Kosten der über ein Screening-Instrument als problematisch oder pathologisch identifizierten Casino-Spieler/innen mit einer Spielsperre repräsentativ sind für alle problematischen und pathologischen Casino-Spieler/innen.

1.5 Projektorganisation

Das Forschungsprojekt ist im Rahmen einer kontinuierlichen Zusammenarbeit zwischen dem Auftraggeber ESBK und dem Büro BASS entstanden. Als begleitende unabhängige Expert/innen konnten Herr Dr. Jörg Petry (Spielsuchterperte, Psychosomatische Fachklinik Münchwies, D-Neunkirchen / AHG Allgemeine Hospitalgesellschaft, D-Düsseldorf) und Frau Dr. Sonia Pellegrini (Ökonomin, Spezialistin für Kosten-Studien und Co-Autorin entsprechender Studien der Universität Neuchâtel) gewonnen werden. Daneben bestand ein Austausch mit verschiedenen Fachleuten, u.a. mit Frau Dr. Margaret Rihs-Middel (FERARHIS; Centre du jeux excessif, Lausanne). **Abbildung 1** zeigt die Projektorganisation.

Abbildung 1: Projektorganisation



Quelle: Eigene Darstellung

1.6 Aufbau des Berichts

Der Bericht ist in insgesamt 8 inhaltliche Kapitel unterteilt. Nach der oben dargelegten Ausgangslage (Kapitel 1) werden in Kapitel 2 das Studienkonzept resp. das methodische Vorgehen und die Datengrundlage dargestellt. Dabei beschreiben wir im Detail das Konzept der Kostenrechnung sowie die einzelnen Quellen der Informationsgewinnung. Kapitel 3 widmet sich der Frage der Prävalenz der Anzahl Casino-Nutzer/innen mit Glücksspielproblemen auf der Basis der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007. In Kapitel 4

werden die verschiedenen individuellen und sozialen Folgen der Glücksspielprobleme dargestellt, die u.a. als Grundlage für die Kostenschätzungen, in Kapitel 5 dienen, dem Hauptkapitel der vorliegenden Studie, in welchem auch Vergleiche mit anderen Problemkomplexen angestellt werden. In Kapitel 6 wird der Frage nach der Entwicklung in den letzten Jahren nachgegangen. In Kapitel 7 werden Expertenaussagen zur Frage der Wirksamkeit der Sozialkonzepte dargestellt. In Kapitel 8 erfolgt schliesslich eine Diskussion der Untersuchungsergebnisse. Den letzten Teil des Berichts bildet ein Literaturverzeichnis und ein Anhang, der u.a. die verschiedenen Erhebungsinstrumente enthält.

2 Daten und Methode

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden sowohl quantitative als auch qualitative Ansätze verwendet. Erwähnenswert ist insbesondere eine Befragung von in den Casinos gesperrten Spieler/innen, die zu dieser Gruppe vertiefte Erkenntnisse bringt. Weiter wurden Gespräche mit Expert/innen aus der Beratungspraxis durchgeführt. Grundlage der prävalenzbasierten Kostenschätzungen bilden die für die Spielsucht adaptierten «international guidelines for estimating the costs of substance abuse» und die Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007. Nachfolgend werden der angewandte Ansatz der Kostenanalyse und die verschiedenen für die Studie benutzten Daten genauer dargestellt.

2.1 Kostenanalyse

Bei der Darstellung der Kostenaspekte für die Glücksspielsucht folgen wir der Methode der prävalenzbasierten «Cost of Illness Studies (COI)». Die für eine COI-Studie zu berücksichtigenden Kostenarten sind grundsätzlich in den «**international guidelines for estimating the costs of substance abuse**» festgelegt und lassen sich **auf die Spielsucht adaptieren** (vgl. Single 2001, 2003; vgl. auch Collins/Lapsley 2003; Collins et al. 2006; Eadington 2003; Walker 2003). Es werden die ökonomischen Auswirkungen (alle direkten, indirekten und intangiblen/psychosozialen Kosten), die eine «Krankheit» in einem Untersuchungszeitraum verursacht, analysiert.

2.1.1 Ausgangslage der Kostenanalyse

Ein knapper Forschungsüberblick zu sozialen Kosten des Glücksspiels wurde bereits in Abschnitt 1.3 gegeben. Hier wurde bereits deutlich, dass die bisherigen Schätzungen für die sozialen Kosten des Glücksspiels stark auseinander gehen. In **Tabelle 4** in Abschnitt 2.1.9, S. 12, wird anhand einer Übersichtsdarstellung in Collins/Lapsley (2003, 141) auf die einzelnen möglichen Kostenarten und deren Einbezug in unserer Studie eingegangen. Des Weiteren konkretisieren wir die Abgrenzung der sozialen Kosten von anderen Kostenarten.

2.1.2 Definition der sozialen Kosten

In den Richtlinien zur Bestimmung der Kosten der Abhängigkeit von Suchtmitteln (WHO 2003, 62) werden **soziale Kosten** definiert als Gegensatz zu den **privaten Kosten**:

«Private costs have two meanings in the economic literature. They may refer to the costs considered by the single private decision maker (internal costs), or they may refer to the costs of those in the private sector, not carried by the public sector. (...) The complement of private costs in the first sense of the private decision maker is usually **social costs**.»

Wir werden den Begriff «private Kosten» in unserer Untersuchung immer im ersten Sinne des Zitats verwenden als Kosten, welche nicht soziale Kosten darstellen. Die Definition im zweiten Sinn umschreiben wir mit dem Begriff «**privat getragene Kosten**».

Collins/Lapsley (2003, 125) halten in ihrem Artikel «the social costs and benefits of gambling» folgende Definition fest:

«To the extent that the costs are knowingly and freely borne by the consumer or producer himself, they are referred to as private costs but to the extent that they are not so borne but fall on the rest of society they are referred to as **social costs**.» (gemäss Markandya and Pearce, 1989).

2.1.3 Externe und interne Kosten

Die im ersten Zitat in Abschnitt 2.1.2 angetönte Unterscheidung zwischen «internen» und «externen» Kosten ist wichtig bei der Betrachtung von sozialen Kosten (vgl. WHO 2003, 61). Collins/Lapsley (2003, 125) setzen ihre Definition der sozialen Kosten gleich mit externen Kosten. Externe Kosten können verstanden werden als «**negative externe Effekte**» im Sinne der Definition nach Mühlenkamp (1994, 159):

«Ein externer Effekt liegt vor, wenn eine ökonomische Aktivität (Produktivität, Konsum) eines Wirtschaftssubjekts (Haushalt, Unternehmen) den Nutzen oder die Produktionsmöglichkeiten anderer Wirtschaftssubjekte beeinflusst. Es gibt sowohl positive als auch negative Externalitäten. Positive externe Effekte vergrößern den Nutzen bzw. verbessern die Produktionsmöglichkeiten von Dritten, während negative externe Effekte den Nutzen oder die Produktionsbedingungen anderer Wirtschaftssubjekte mindern.»

Das volkswirtschaftliche Problem mit externen Effekten besteht darin, dass diese nicht in den Preisen reflektiert sind, welchen sich die Wirtschaftssubjekte gegenübersehen. Dadurch werden die externen Effekte von den Wirtschaftssubjekten tendenziell nicht in ihre Nutzenüberlegungen miteinbezogen. Es ergibt sich eine volkswirtschaftlich ineffiziente Allokation von Gütern.

Im Gegensatz dazu bilden **interne Kosten** die in den Preisen reflektierten Kosten. Da diese in die Entscheidungen der Wirtschaftssubjekte miteinbezogen werden, ergibt sich durch sie keine volkswirtschaftlich ineffiziente Allokation von Gütern. Teilweise können über Regulierungsmassnahmen auch externe Effekte **internalisiert** werden.

Die internen und externen Kosten werden u.a. bei Vitale et al. (1998) summiert zum Gesamt der sozialen Kosten. Auch Single (2003, 219) spricht von sozialen Kosten als Summe von privaten und externen Kosten, wobei er mit den privaten Kosten «privat getragene Kosten» meint. Collins/Lapsley (2003) stellen sich auf den Standpunkt, dass aufgrund der eingeschränkten Rationalität der Individuen bei Suchterkrankung (vgl. Abschnitt 2.1.4) auch privat getragene Kosten als externe Kosten bezeichnet werden können.

Wir werden im Weiteren auf die Unterscheidung von externen und internen Kosten verzichten. Dagegen weisen wir aus, welche gesellschaftlichen Gruppen welchen Anteil der sozialen Kosten tragen (Inzidenzanalyse).

2.1.4 Rationalität der Glücksspielsüchtigen

Eadington (2003) «Measuring Costs from Permitted Gaming: Concepts and Categories in Evaluation Gambling's Consequences» stellt dar, weshalb aus einer restriktiveren ökonomischen Sicht privat getragene Kosten von Glücksspielsüchtigen keine sozialen Kosten darstellen. Für Eadington (2003, 185) wie auch andere Ökonomen (vgl. Walker 2007, Walker/Barnett 1999) gibt es zwei Definitionen von sozialen Kosten:

- «Actions which result in negative changes in aggregate social wealth» (engere Definition), bzw.
- «(...) include internal nonmarket costs that are borne by individual gamblers and their immediate families and acquaintances» (weiter gefasste Definition).

Bei der Anwendung der engeren Definition wird von vollständiger **Rationalität der Individuen** ausgegangen. Dabei wird unterstellt, dass die Glücksspieler/innen das Risiko, an einer Sucht zu leiden, vor der Nutzung von Glücksspielen antizipieren können und die damit verbundenen Folgen somit willentlich in Kauf nehmen. Dadurch beurteilen einige Autoren die **verlorene bzw. eingeschränkte Produktivität** von Glücksspielsüchtigen nicht als soziale, sondern als private Kostenart.

Wie Collins/Lapsley (2003) und Single (2003) gehen wir hingegen davon aus, dass eine Glücksspielsucht nicht antizipiert werden kann und im Falle des Eintretens die Entscheidungsfähigkeit der Glücksspielenden beeinträchtigt ist und somit das Kriterium für eine soziale Kostenart gegeben ist. Darauf wird auch in den Richtlinien der WHO (2003, 9f.) hingewiesen:

«(...) a private decision cost must generally involve a rational decision by a fully informed consumer. This is questionable in the case of a dependent consumer. (...) It must be emphasized that costs borne by the substance abusers themselves can represent social costs if these costs have not been knowingly incurred.»

Insofern folgen wir der **weiter gefassten Definition von sozialen Kosten**. Zu einer ausführlichen Diskussion der Rationalität von Glücksspielenden siehe Fiedler (2008, 32ff.). Dabei wird ebenfalls auf die Implikationen der Rationalitätsbedingungen bei der Messung von sozialen Kosten eingegangen (21ff.).

2.1.5 Referenzeinheit

In ihrer Arbeit weisen Collins/Lapsley (2003, 130) insbesondere darauf hin, dass die **durch die Familienmitglieder getragenen Kosten** soziale Kosten darstellen:

«It is difficult to believe that the effects of gambling on non addicted family members should be considered to be solely private costs.»

Als Referenzeinheit für die Bestimmung der Kosten gilt daher das **Individuum**. Die Diskussion der Referenzeinheit für die Bestimmung der sozialen Kosten wird in Vitale et al. (Le coût social de la consommation de tabac en Suisse, 1998, 110ff.) ausgeführt. Dabei werden die Alternativen des Haushalts oder des Individuums als Referenzeinheit betrachtet. Es wird klar, dass eine Betrachtung des Individuums der klassischen ökonomischen Theorie mehr entspricht. Allerdings geht diese davon aus, dass das Individuum allein für seine Konsumententscheidungen verantwortlich ist, dies ist im Fall von Paaren und Familien nur bedingt gegeben. In der Studie von Vitale et al. (1998) werden die sozialen Kosten für beide Varianten bestimmt.

Die externen sozialen Kosten (vgl. Abschnitt 2.1.3) liegen für das Individuum um einiges höher als diejenigen für den Haushalt. Das Gesamt der sozialen Kosten ändert dabei nicht. Dies rührt daher, dass der Kreis der Personen, welche externe Kosten erfahren können, bei der Referenzgrösse Haushalt eingeschränkt wird und die sozialen Kosten der übrigen Haushaltsmitglieder «internalisiert» werden.

2.1.6 Reale Kosten und pekuniäre Kosten bzw. Wirkungen

Eine weitere Differenzierung betrifft die Behandlung der **pekuniären Kosten bzw. Wirkungen** und deren Unterscheidung von den **realen Kosten**. Pekuniäre Kosten bzw. Wirkungen betreffen reine Verteilungswirkungen, die nicht mit der Verminderung der Wohlfahrt einer Gesellschaft in der Summe einhergehen. Damit erfüllen sie gemäss der in Abschnitt 2.1.4 erwähnten engeren Definition nach Eadington (2003) die Voraussetzungen für eine soziale Kostenart nicht. In diesem Punkt stimmen auch Collins/Lapsley (2003) überein. Sie erwähnen explizit Beispiele von pekuniären Wirkungen(134), so:

■ **Diebstähle:** Die Verschiebung von Vermögenswerten durch Diebstahl oder Veruntreuungen gilt unter dem Aspekt der Veränderung der Gesamtwohlfahrt nicht als reale soziale Kostenart. Sie stellt eine Umverteilung von Vermögen dar, bei welcher kein Wert verloren geht. Es ist offensichtlich, dass diese Darstellung nicht dem üblichen Empfinden für Kosten entspricht. Auch im Rahmen von Kosten-Nutzen-Analysen stellen sich hierbei Fragen der Gerechtigkeit (vgl. Mühlkamp 1994, 75ff.).¹

¹ Es können in der volkswirtschaftlichen Theorie grob zwei Gerechtigkeitskonzepte unterschieden werden: Die «Wohlfahrtsphilosophie» erachtet die Maximierung des gesellschaftlichen Gesamtvermögens als zentral. Eine Umverteilung ist immer dann erwünscht,

■ **Staatliche Transfers:** Beiträge resp. Leistungen aus den Systemen der sozialen Sicherheit (Arbeitslosengelder, Sozialhilfe, Invalidenrenten etc.) sind ebenfalls keine realen sozialen Kosten, sondern stellen eine Verschiebung von Einkommen von einer Bevölkerungsgruppe (z.B. Erwerbstätige, Einkommensstarke) zu einer anderen Bevölkerungsgruppe (z.B. Personen ohne bzw. mit wenig Einkommen) dar. Vgl. Eadington (2003, 194): «In a similar context, unemployment compensation and bad debts need to be viewed as transfers of wealth between or among individuals and do not therefore involve social costs.»

■ Im eben genannten Kontext geht Eadington auch explizit auf **nicht zurückbezahlte Schulden** ein, die ebenfalls nicht als soziale Kosten betrachtet werden. Hier stellt sich wie bei den Diebstählen das Problem, dass diese ökonomische Bewertung vom üblichen Empfinden von Kosten abweicht (vgl. Gerechtigkeitsüberlegungen in Fussnote 1). Nach der Auffassung von Collins/Lapsley (2003) sind die nicht zurückbezahlten Schulden aber zumindest als pekuniäre Wirkungen zu betrachten.

■ In Fiedler (2008) wird auf die grosse Bedeutung der **Vermögensverluste** für die betroffenen Glücksspieler/innen und deren Familien eingegangen, die unter Annahme einer eingeschränkten Rationalität der problematischen und pathologischen Glücksspieler/innen als soziales Problem betrachtet werden können.

Single (2003, 227) weist in Zusammenhang mit seiner Adaptation der «International guidelines for estimating the costs of substance abuse» (WHO 2003) auf die Messung von sozialen Kosten des Glücksspiels darauf hin, dass im Gegensatz zu den substanzgebundenen Süchten bei der Glücksspielsucht ein starkes Gewicht auf die ausgelösten Verteilungswirkungen und damit auf die pekuniären Kosten bzw. Wirkungen fällt:

«A major impact of gambling may be not so much in its direct impacts on the overall level of goods and services that an economy produces, but rather on the manner in which wealth is distributed.»

Wir behalten daher die pekuniären Kosten bzw. Wirkungen in unserer Aufstellung der gesamten sozialen Kosten bei, wohl wissend, dass diese getrennt von den realen sozialen Kosten betrachtet werden müssen. Damit keine Vermischung mit den realen sozialen Kosten entsteht, bezeichnen wir die pekuniären Kosten als pekuniäre Wirkungen.

Ein Problem bei den pekuniären Wirkungen betrifft die Möglichkeit der Überschneidung bzw. Doppelzählung mit den indirekten sozialen Kosten, z.B. bei der Berücksichtigung staatlicher Transfers aus dem System der sozialen Sicherheit bei gleichzeitiger Anrechnung von Kosten durch Produktivitätsausfälle, da ein Teil des Produktivitätsausfalls eben durch staatliche Transfers ausgeglichen wird (vgl. Collins/Lapsley 2003, 135).

Auf der Grundlage der Forschungsliteratur nehmen wir für unsere Analyse letztlich folgende Abgrenzungen vor:

■ Bei den **arbeitsplatzbezogenen Problemen**, z.B. Fehlen am Arbeitsplatz, verminderte Produktivität, behandeln wir Produktivitätsverluste als reale soziale Kosten. Es werden keine Transferzahlungen z.B. in Form von Krankentaggeldern berechnet. Wir gehen davon aus, dass diese arbeitsplatzbezogenen Kosten durch die Arbeitgeber getragen werden müssen.

wenn sie zur Steigerung der Wohlfahrt beiträgt. Demgegenüber steht die «Anspruchstheorie», die auf dem von Kant entwickelten Gedanken unantastbarer Rechte beruht. Allerdings werden die als unantastbar angesehenen Rechte sehr unterschiedlich ausgelegt. Während Kant z.B. das Recht auf ein Existenzminimum als unverrückbar ansah, zählen andere das Recht auf Besitzstandswahrung zu den unantastbaren Persönlichkeitsrechten. Eine Umverteilung ist gemäss Anspruchstheorie nur dann zulässig, wenn eine Pareto-Verbesserung herbeigeführt wird oder wenn «Anspruchungerechtigkeiten» beseitigt werden können (nach: Mühlkamp 1994, 75f.). Ersteres meint, dass durch die Umverteilung niemand schlechter gestellt und mindestens eine Person besser gestellt wird. Zweiteres meint, dass in einem zweiten Schritt nach der Umverteilung die schlechter Gestellten durch die besser Gestellten kompensiert werden können.

■ Bei den Produktivitätsverlusten aufgrund von **Erwerbslosigkeit** stellen wir die pekuniären Wirkungen in Form von staatlichen Transfers dar, sei dies in der Arbeitslosen-, Invalidenversicherung oder in der Sozialhilfe. Hingegen berechnen wir hier keine Produktivitätsverluste.

■ **Vermögensverluste** und **Ausfälle von Schulden** betrachten wir ebenfalls als pekuniäre Wirkungen.

■ Weitere reale soziale Kosten, die in Zusammenhang mit dem Verlust bzw. dem Wechsel der Arbeitsstelle aufgrund von Spielsuchtproblemen stehen, sind **Fluktuations- bzw. Stellenwiederbesetzungskosten**. Diese entstehen in den Betrieben bei der Wiederbesetzung von Stellen, die zuvor von Personen besetzt waren, die aufgrund von Problemen mit dem Glücksspiel in Casinos entlassen wurden resp. die Stelle wechseln mussten. Die Fluktuationskosten sind gewichtiger Bestandteil der sozialen Kosten. Sie sind nach Rücksprache mit Eric Single, Co-Autor der erwähnten Guidelines zur Messung der sozialen Kosten von Substanzabhängigkeiten (WHO 2003), als soziale Kostenart zu berücksichtigen, wurden jedoch in der letzten Version der Guidelines nicht explizit erwähnt.

■ Die **Verwaltungskosten**, die in Zusammenhang mit Diebstählen, staatlichen Transfers sowie nicht zurückbezahlten Schulden entstehen, sind als reale soziale Kosten anzusehen. Mit diesen Verwaltungskosten sind reale Aufwendungen verbunden, die im Sinne des Opportunitätskostenprinzips (Betrachtung knapper Ressourcen, vgl. Single 2003, 219) nicht anfallen würden, wenn das verursachende Problem der Glücksspielsucht nicht bestehen würde und die Beträge damit für andere Zwecke genutzt werden könnten.

2.1.7 Systematik der sozialen Kosten

In der Systematik der sozialen Kosten, wie sie bei «Cost-of-illness-Studies» angewendet wird (deren methodische Grundlage bilden die in Abschnitt 2.1.2 erwähnten Guidelines der WHO), wird grob zwischen folgenden Kategorien von Kosten unterschieden:

■ «**Tangible costs** can be defined as those costs which, when reduced, yield resources which are then available to the community for consumption or investment purposes» (WHO 2003, 19). Kurz ausgedrückt, handelt es sich bei den tangiblen Kosten um solche Kosten, welche für Güter und Leistungen entstehen, die auf einfache Weise monetär bewertet werden können (vgl. WHO 2003, 63) und daher in der Regel einen Marktpreis haben. Unter den tangiblen Kosten werden zwei Unterarten unterschieden:

(a) Direkte Kosten sind Kosten für produzierte Güter und Leistungen (vgl. Aufzählung unter Single 2003, 219). Darunter sind z.B. die Leistungen des Gesundheitswesens zu verstehen sowie Verwaltungskosten in Zusammenhang mit Kriminalität, Scheidungen und staatlichen Transferzahlungen.

(b) Indirekte Kosten sind Kosten für (noch) nicht produzierte Leistungen. Diese betreffen Produktivitätsverluste, welche dadurch entstehen, dass Arbeitsleistungen ausfallen aufgrund von Krankheits- und Todesfällen (Single 2003, 219). Bei der Bewertung der Produktivitätsverluste verwenden wir das Bruttoproduktivitätsprinzip, welches für alle Personen ab dem erwerbsfähigen Alter (ab 16 Jahren) einen einheitlichen Anteil an der gesamtwirtschaftlichen Wertschöpfung annimmt.² Dazu kommen Fluktuationskosten in den Betrieben, welche bei Stellenwechseln und der Wiederbesetzung von Arbeitsstellen anfallen.

² Wir stützen uns dabei auf das Vorgehen von Sommer et al. (2007, 5f.) bei der Bewertung der volkswirtschaftlichen Kosten von Nichtberufsunfällen in der Schweiz. In anderen «Cost-of-illness»-Studien wird häufig das Nettoproduktivitätsprinzip verwendet. Dieses reduziert die Wertschöpfung des Individuums um den Konsum des Individuums. Gemäss Sommer et al. wird das Nettoproduktivitätsprinzip dann angewandt, wenn auch die immateriellen (intangiblen) Kosten mitberechnet werden. Bei einer Anwendung der Bruttoproduktivitätsprinzip ergäbe sich hier eine Überschneidung von indirekten und intangiblen Kosten, da die Einschränkung des individuellen Konsums in den intangiblen Kosten enthalten ist. Werden hingegen nur die materiellen (tangiblen) Kosten berechnet, so ist das Bruttoproduktivitätsprinzip zu verwenden, um die Einschränkung des individuellen Konsums mitzuberechnen.

■ **Intangible Kosten** sind hingegen gemäss WHO (2003, 19) definiert als «costs which include pain and suffering, when reduced or eliminated do not yield resources available for other uses». Darunter fallen Beeinträchtigungen des Wohlbefindens und der Lebensqualität von betroffenen Spieler/innen und ihren Angehörigen. Für diese Kosten bestehen keine Marktpreise. Wir verzichten in unserer Darstellung auf die monetäre Bewertung von intangiblen Kosten.³ Sie werden lediglich qualitativ bzw. quantitativ ohne Bewertung in die Aufstellung der Kosten aufgenommen.

2.1.8 Weitere Abgrenzungen der Messmethode

■ Es werden in unserer Darstellung keine vermeidbaren Kosten gemäss Collins et al. (2006) gemessen, sondern die **tatsächlich anfallenden Kosten**.

■ Zur Bestimmung der Produktivitätsverluste folgen wird dem «human capital approach», dies im Gegensatz zum «demographic approach» (Collins/Lapsley 2003, 132). Im **Humankapitalansatz** wird die Produktivität der einzelnen Individuen betrachtet, während im Demografieansatz zwei unterschiedliche gesellschaftliche Szenarien bezüglich ihrer Produktivitätswirkung verglichen werden. Wir werden im verwendeten Humankapitalansatz sowohl die Produktivität auf dem Arbeitsmarkt wie ausserhalb des Arbeitsmarkts bewerten.

■ Unsere Bestimmung der sozialen Kosten der Glücksspielsucht erfolgt grundsätzlich **prävalenzbasiert** im Gegensatz zu einer inzidenzbasierten Messung. Dies bedeutet, dass wir die innerhalb eines Jahres anfallenden Kosten messen, die aufgrund der während dieses Jahres an Glücksspielsucht leidenden Personen verursacht werden. Der inzidenzbasierte Ansatz hingegen würde die zusätzlich entstehenden Kosten beziffern, welche aufgrund der «Neuerkrankungen» in einem Jahr anfallen. Bei dieser Betrachtung würden auch die in Zukunft anfallenden Kosten der Neuerkrankungen an Glücksspielsucht innerhalb einer Jahres miteinbezogen. Anzumerken ist aber, dass auch beim prävalenzbasierten Ansatz einbezogene Kosten allfälliger Todes- oder Invaliditätsfälle in Zukunft anfallen.

■ Geografisch ist die Untersuchung auf die Schweiz begrenzt, d.h. es werden die sozialen Kosten des Glücksspiels in Casinos in der Schweiz betrachtet. Die Hochrechnung der sozialen Kosten erfolgt für die **ständige Schweizer Wohnbevölkerung** (ab 18 Jahren aufgrund der Altersbeschränkung für Casino-Besucher/innen).

■ Unsere Untersuchung ist keine Kosten-Nutzen-Analyse. Der **gegenüberzustellende Nutzen** besteht einerseits in den Erträgen der öffentlichen Hand aus dem Umsatz der Schweizer Casinos, andererseits aus der Konsumentenrente der Casino-Besucher/innen und schliesslich auch aus möglichen positiven externen Effekten (Impulse für Wirtschaft, Tourismus etc.).

2.1.9 Einbezogene Kosten

In diesem Abschnitt werden die in der Studie betrachteten Kosten zusammengestellt. Die Systematik richtet sich nach den in den vorangegangenen Abschnitten gezeigten Differenzierungen:

³ In Mühlenkamp (2002, 191ff.) wird auf einige Methoden eingegangen, wie intangible Kosten bzw. «nichtmarktliche Güter» bewertet werden können. Dabei werden indirekte und direkte Bewertungsverfahren unterschieden. Ein Instrument für die direkte Bewertung ist die «contingent valuation method», bei welcher in einer Feldstudie Zahlungsbereitschaften für den Erhalt eines Vorteils oder zur Vermeidung eines Nachteils erfragt werden bzw. die Höhe notwendiger Ausgleichszahlungen für einen verhinderten Vorteil oder für die Akzeptanz eines Nachteils. Diese Methode ist auch in der Schweiz eingesetzt worden zur Bewertung der intangiblen sozialen Kosten des Konsums illegaler Drogen (Jeanrenaud et al. 2005), des Alkoholkonsums (Jeanrenaud et al. 2003) und des Tabakkonsums (Vitale et al. 1998). An dieser Stelle weisen wir darauf hin, dass im Herbst 2009 eine Untersuchung zum Thema der intangiblen Kosten der Glücksspielsucht in der Schweiz von Herrn Dimitri Kohler, Universität Neuenburg, erscheinen sollte.

- Gemäss Abschnitt 2.1.2 trennen wir die sozialen von den privaten Kosten. In Tabelle 4 berücksichtigen wir nur soziale Kosten und pekuniäre Wirkungen. Beim Verlust von Vermögen der Suchtbetroffenen stellt sich die Frage, ob ein gewisser Anteil (noch) unter rationalen Bedingungen verspielt worden ist. Wir beziehen den Vermögensverlust in unsere Aufstellung mitein, da die Möglichkeit besteht, dass auch das Vermögen von Familienmitgliedern betroffen ist und diese durch den Wegfall in ihren Entwicklungen behindert sind (z.B. Investitionen in die Ausbildung der Kinder o.ä.).
- Gemäss Abschnitt 2.1.6 unterscheiden wir reale soziale Kosten von den pekuniären sozialen Wirkungen. Die pekuniären sozialen Kosten bzw. Wirkungen stellen grundsätzlich Verteilungswirkungen dar.
- Gemäss Abschnitt 2.1.7 differenzieren wir die realen sozialen Kosten in direkte, indirekte und intangible Kosten.

Tabelle 4: In die Kostenanalyse einbezogene Arten von sozialen Kosten und pekuniären Wirkungen

Reale Kosten
Direkte Kosten

- Heilungskosten bzw. Kosten für Suchtberatung und Behandlung
- Verwaltungskosten für Beschaffungskriminalität, Scheidungen, soziale Sicherung

Indirekte Kosten

- Produktivitätsverluste durch Sucht/Krankheit (Fehlen am Arbeitsplatz, verminderte Produktivität, Fluktuation/Stellenwiederbesetzung)
- Produktivitätsverluste durch Todesfälle, Invalidität

Intangible Kosten

- Leid/Ver minderung der Lebensqualität der suchtbetroffenen Personen und ihres Umfelds durch private, familiäre Probleme, gesundheitliche Belastungen/Komorbiditäten, Todesfälle etc.
-

Pekuniäre Wirkungen

- Ausgefallene Schulden
 - Staatliche Transfers bei Arbeitslosigkeit, Invalidität, Sozialhilfebedarf
 - Deliktsummen Beschaffungskriminalität (Diebstahl, Veruntreuung)
 - Vermögensverluste (verspielte Vermögen/Ersparnisse)
-

Quelle: Darstellung BASS, in Anlehnung an Collins/Lapsley (2003, 141)

Nicht einbezogene Kosten

Folgende Kosten bezeichnen wir in Zusammenhang mit den sozialen Kosten des Glücksspiels in Casinos als **internalisierte externe Effekte**, die keine sozialen Kosten darstellen:⁴

- Kosten der **Umsetzung der Sozialkonzepte** in den Casinos: Diese Kosten dienen explizit dazu, die anfallenden sozialen Kosten des Glücksspiels zu mindern. Die Kosten für die Umsetzung der Sozialkonzepte werden durch die Casinos getragen. Daher bilden sie eine Internalisierung von externen Kosten, die im Preis⁵, den die Besucher/innen für den Casino-Besuch bzw. das Casino-Spiel bezahlen, reflektiert sind. Im Gegensatz zur Annahme bezüglich der Glücksspielsüchtigen gehen wir bei den Casinos von einer Rationalitäts-Annahme aus. Allerdings ist zu bedenken, dass ohne Verpflichtung durch den Gesetzgeber die Casinos eventuell keine oder weniger Präventionsmassnahmen gegen Glücksspielsucht ergreifen würden. Ein Einbezug der Kosten der Sozialkonzepte wäre unter diesem Gesichtspunkt möglich.

⁴ Diese Behandlung der Kosten der staatlichen Regulierung weicht ab von der Darstellung in Collins/Lapsley (2003, 141). Es ist darauf hinzuweisen, dass in vielen Ländern keine Spielbankenabgabe an den Staat existiert und dass auch die Verpflichtung der Casinos zur Umsetzung von Sozialkonzepten wie in der Schweiz nicht der gängigen Praxis entspricht. Ohne diese beiden Elemente in der schweizerischen Gesetzgebung müssten die staatlichen Kosten der Regulierung in die Bestimmung der sozialen Kosten miteinbezogen werden (vgl. z.B. die ausgewiesene Kosten in Künzi et al. 2004, 187).

⁵ Vgl. Künzi et al. (2004, 27): Der Preis (...) stellt den Nettoverlust an Geld dar, den das Individuum durch die Nutzung des Glücksspielangebots erfährt.

■ Verwaltungskosten für die **Aufsicht über die Casinos**: Diese Kosten betreffen die Tätigkeiten des Bundes, namentlich der Eidgenössischen Spielbankenkommission ESBK in Zusammenhang mit der Aufsicht über die Casinos und die Wirkung der Sozialkonzepte sowie bei der Verwaltung der durch die Spielbankenabgabe generierten staatlichen Erträge. Diese Kosten werden nicht miteinbezogen, da eine Abgrenzung der reinen Kontroll- und Präventionskosten in Bezug auf die Glücksspielsucht gegenüber anderen Verwaltungskosten schwierig ist.

2.1.10 Problem der Kausalität

Bei vielen Folge- bzw. Begleiterscheinungen der Glücksspielsucht stellt sich die Frage, ob sie kausal auf das Casino-Spiel zurückzuführen sind oder ob sie entweder schon vorher bestanden haben oder auch ohne Casino-Spiel eingetreten wären. Bei unserer Studie haben wir verschiedene Massnahmen ergriffen, um die Kausalität der ausgewiesenen Kosten möglichst sicher zu stellen:

■ Bei der Befragung der gesperrten Spieler/innen wurden alle Fragen, die in Zusammenhang mit sozialen Kosten standen, unter der expliziten Bedingung gestellt, dass von den Befragten nur die auf das «Glücksspiel im Casino» zurückzuführenden Werte anzugeben sind (vgl. Erhebungsinstrument im Anhang).

■ Die interviewten Expert/innen wurden zum Thema Kausalität befragt, insbesondere zum Zusammenhang des Glücksspiel in Casinos mit dem Glücksspiel ausserhalb der Casinos sowie zum Zusammenhang mit Folgeerkrankungen (andere Süchte, psychische Erkrankungen).

■ Bei Werten, die wir aus der Literatur übernommen haben, wurde eine Korrektur für mögliche Mitverursachung durch Komorbiditäten vorgenommen.

■ Bei den Prävalenzauswertungen der Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 zum Glücksspielverhalten haben wir von vornherein sämtliche Personen ausgeschlossen, die in den letzten 12 Monaten nicht durchschnittlich mindestens 1 mal pro Monat im Casino gespielt hatten. Eine Ausnahme bildeten nur diejenigen Personen, die bei der direkten Frage nach Problemen mit dem Glücksspiel die Kategorie «Glücksspiele innerhalb von Casinos» angekreuzt hatten.

Mit den erwähnten Massnahmen haben wir die im Rahmen unserer Studie möglichen Vorkehrungen getroffen, um die ermittelten sozialen Kosten möglichst ursächlich mit dem Spielen in den Schweizer Casinos zu verknüpfen. Aus verschiedenen Untersuchungen ist jedoch bekannt, dass viele Glücksspieler/innen mehrere Glücksspielangebote resp. -orte nutzen (vgl. dazu auch Künzi et al. 2004).⁶ Daher ist nicht auszuschliessen, dass trotz der expliziten Abgrenzung in unserer Erhebung gewisse Kostenanteile auch auf Glücksspiele ausserhalb der Casinos zurückzuführen sind. Wir müssen uns in diesem Punkt auf die Eingrenzungen verlassen, die durch die befragten gesperrten Casino-Spieler/innen vorgenommen wurden.

Eine weitere Schwierigkeit in Bezug auf die Kausalitätsfrage betrifft den Zusammenhang zwischen der Glücksspielsucht und anderen «Erkrankungen». Die Zusammenhänge können hier diffus sein und zahlrei-

⁶ Von den im Rahmen der Studie befragten Expert/innen wird angemerkt, dass die meisten Casino-Spieler/innen, die sich beraten oder sperren lassen, auch andere Glücksspiele spielen. Die Experten schätzen, dass drei Viertel der Casino-Spieler/innen mit Spielproblemen «Polyspieler/innen» seien. Oft gespielte andere Glücksspiele seien: Automaten im Ausland, Tactilo (elektronische Lotterie, nur Romandie), Internetcasinos, Sportwetten, Rubbellose, Pokerturniere, elektronische Börse, illegale Glücksspiele. Ein Experte schätzt das Suchtpotenzial bei den im Casino angebotenen Glücksspielen allerdings als grösser ein als bei den Angeboten ausserhalb. Es lasse sich z.B. feststellen, dass Casino-Spieler/innen mit Glücksspielproblemen häufiger in Beratung gehen als Personen mit Glücksspielproblemen, die von Spielen ausserhalb von Casinos herrühren. Zwischen zwei Dritteln bis 80, 90% der Glücksspieler/innen, die eine Beratung in Anspruch nehmen, würden regelmässig im Casino spielen. Der Befund deckt sich mit den Resultaten von Künzi et al. (2004). Die höhere «Beratungsquote» bei den Casino-Spieler/innen kann jedoch auch z.T. auf ihre bessere «Erreichbarkeit», nicht zuletzt durch die Umsetzung der Sozialkonzepte in den Casinos, zurückgeführt werden.

che Wechselwirkungen beinhalten.⁷ Es stellt sich die Frage, inwiefern die befragten Casino-Spieler/innen in der Lage sind, ihre Situation zu überblicken und klare Aussagen zu ihren gesundheitlichen Belastungen und zur Kausalität mit dem Casino-Spiel machen zu können. Wir haben uns vor diesem Hintergrund entschieden, hinsichtlich der Komorbiditäten (z.B. psychische Erkrankungen, Alkohol- oder Medikamentenprobleme) keine Berechnungen von direkten und indirekten Kosten vorzunehmen, sondern diesen Problemkomplex im Bereich der intangiblen Kosten zu belassen. Eine Ausnahme bildet hier die Suizidalität.

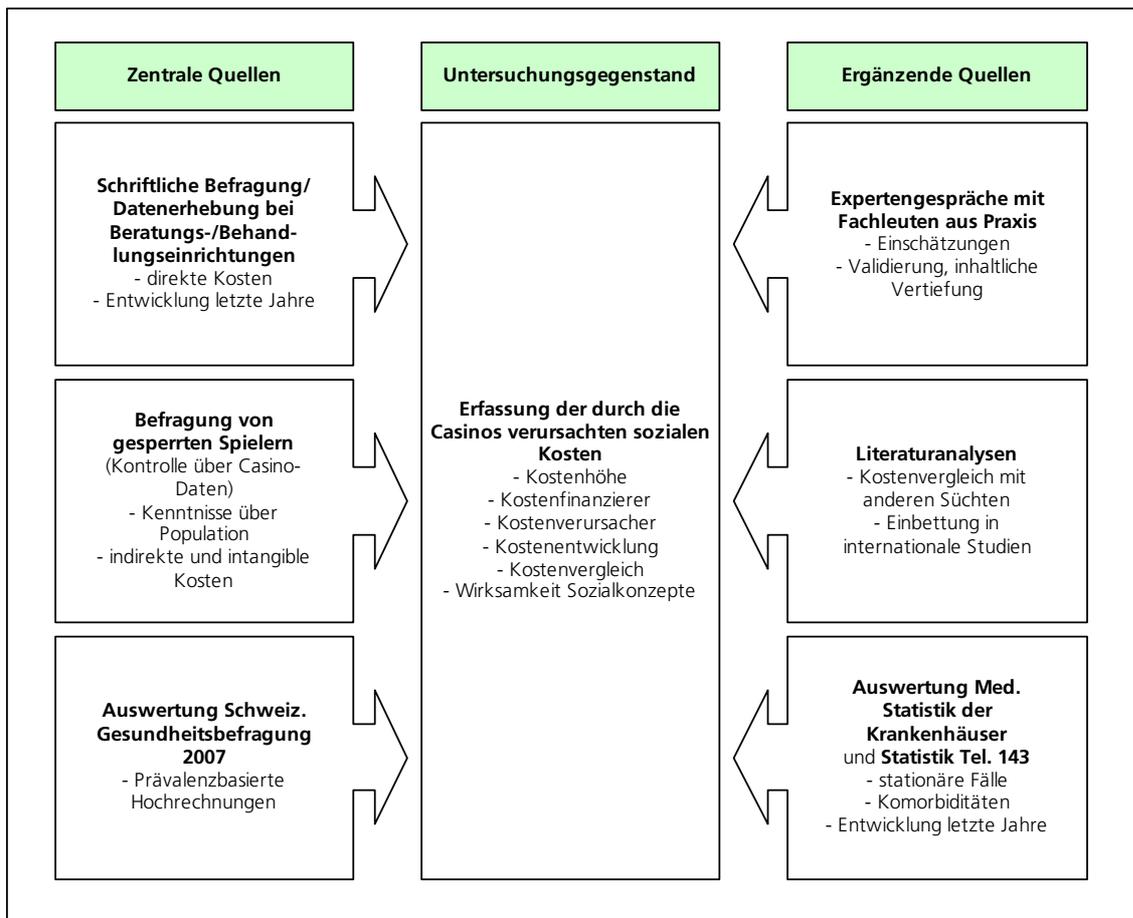
2.2 Quellen der Informationsgewinnung und Datengrundlage

Das methodisches Vorgehen der Studie besteht aus einer Kombination quantitativer und qualitativer Ansätze. In den anschliessenden Abschnitten werden die Quellen und Datengrundlagen im Detail dargestellt.

2.2.1 Quellen der Informationsgewinnung im Überblick

Abbildung 2 zeigt als erstes einen Überblick über die im Rahmen der Studie verwendeten Quellen der Informationsgewinnung und die verknüpften Erkenntnisinteressen.

Abbildung 2: Quellen der Informationsgewinnung und verknüpfte Erkenntnisinteressen im Überblick



Quelle: Eigene Darstellung

⁷ Die im Rahmen der Studie befragten Expert/innen merkten dabei an, dass die verschiedenen Komorbiditäten häufig in einer Wechselwirkung mit den Glücksspielproblemen stehen (vgl. Ausführungen in Abschnitt 4.4). Personen mit depressiven Verstimmungen seien z.B. gefährdeter, ein Glücksspielproblem zu entwickeln. Gleichzeitig würden vorher bestehende Probleme durch das Glücksspielproblem tendenziell verschlimmert.

2.2.2 Datenerhebung bei Beratungs- und Behandlungsstellen

Zweck der Erhebung und Vorgehen

Für den Alkohol- und Drogenbereich besteht für die Schweiz eine relativ umfassendes Klientenmonitoring (*act-info*; vgl. die Evaluation von Stern et al. 2009). Für den Bereich der substanzunabhängigen Suchtprobleme wie der Glücksspielsucht liegen hingegen – etwa im Gegensatz zu Deutschland (EBIS) - keine entsprechenden Datenbanken vor. Die durch das Glücksspiel in Casinos verursachten Beratungs- und Behandlungskosten mussten mittels einer Befragung/Datenerhebung bei den entsprechenden Institutionen ermittelt werden. Die Adressaten waren gut 200 Beratungs- und Behandlungsstellen in der ganzen Schweiz, darunter Suchtberatungsstellen, Sozialämter und -dienste, psychiatrische Kliniken und Praxen, Schuldenberatungsstellen und Selbsthilfegruppen.

Damit eine Hochrechnung von Beratungs- und Behandlungskosten möglichst präzise erfolgen konnte, musste die **Kategorisierung der Beratungs- und Behandlungsstellen** («Einrichtungstyp») analog der entsprechenden Frage in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 gewählt werden:⁸

55	<p>Waren Sie wegen Spielproblemen in den letzten 12 Monaten in Behandlung? <i>Bitte alles Zutreffende ankreuzen!</i></p> <p>-----</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Beratungsstelle / Sozialdienst b) Auf Suchtproblematik spezialisierte Institution c) Selbsthilfegruppe d) Allgemeiner Arzt/ Ärztin e) Psychiater/in f) Psychologe/in / Psychotherapeut/in g) Schuldenberatungsstelle h) Stationärer Aufenthalt (Spital, Klinik) i) Freunde oder Bekannte j) Andere k) Ich hatte keine Behandlung in Zusammenhang mit den Glücksspielen in den letzten 12 Monaten
----	--

Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007, schriftlicher Fragebogen

Durchführung der Befragung und Datengrundlage

Bei der Erarbeitung der Erhebungsinstrumente und der Durchführung der Befragung konnte auf die Erfahrungen der Erhebung abgestützt werden, die bereits im Jahr 2002 durchgeführt wurde (vgl. Künzi et al. 2004). Die bei dieser Erhebung erarbeitete Adressdatenbank wurde für 2008 aktualisiert und abgeglichen mit Kontaktadressen, die die Casinos im Rahmen ihrer Sozialkonzepte für Beratungen aufführen. Ange-schrieben wurden bei der erneuten Befragung 2008 grundsätzlich nur diejenigen Institutionen, die bei der Erhebung 2002 angegeben hatten, dass Sie über ein Beratungs-/Behandlungsangebot für Personen mit Glücksspielproblemen verfügen.

Der entwickelte Fragebogen war in deutsch, französisch und italienisch erhältlich und enthielt Fragen zum Institutionstyp, zur Anzahl beratene / behandelte Personen mit Glücksspielproblemen sowie zu den Kosten der Institution. Er richtete sich an die Institution bzw. bei breit angelegten Einrichtungen (z.B. betrieblicher Sozialdienst, allgemeines Sozialamt, psychiatrische Klinik), an diejenige Institutionseinheit, die organisatorisch und buchhalterisch abgrenzbar mit der (potentiellen) Beratung/Behandlung von Personen mit Glücksspielproblemen betraut ist. Die Befragung fand von Mitte Mai 2008 bis Ende August 2008 statt.

Vor dem erwähnten Hintergrund ergab sich eine Bruttostichprobe der Beratungs- und Behandlungsstellen von 211 Institutionen. Anzumerken ist dabei, dass sich darunter zusammengefasst auch grössere Instituti-

⁸ Gegenüber der Erhebung bei Künzi et al. (2004) ergab sich dadurch eine leicht andere Kategorisierung.

onen befinden, die über mehrere regionale Beratungseinrichtungen verfügen. **Tabelle 5** gibt einen Überblick über den **Rücklauf** der Befragung.

Tabelle 5: Übersicht über den Rücklauf der Befragung der Beratungsstellen

Bruttoversand, angeschriebene Institutionen	211
Nicht erreicht, Angebot existiert nicht (mehr)	3
Erreichte Institutionen	208
Rücklauf Fragebogen	120
Rücklauf in Prozent (bezogen auf erreichte Institutionen)	58%

Quelle: Schriftliche Befragung der Beratungsstellen; eigene Darstellung

In **Tabelle 6** ist die **Datengrundlage** nach Institutionstyp aufgegliedert. Insgesamt 64 resp. 53% der antwortenden 120 Institutionen gaben an, dass sie zwischen 2003 und 2007 Klient/innen mit Glücksspielproblemen (Spieler/innen oder Angehörige) in Beratung/Behandlung hatten.

Tabelle 6: Rücklauf der Befragung der Beratungsstellen und Anteil Institutionen mit glücksspielspezifischen Beratungen 2003 – 2007, nach Institutionstypen

Institutionstyp	Rücklauf Befragung		davon Institutionen mit Glücksspielberatungen	
	Anzahl Institutionen	Prozent	Anzahl Institutionen	Prozent
Glücksspielsuchtfachstelle	2	2%	2	100%
Anderer Suchtfachstelle (Alkohol, Drogen etc.)	61	51%	32	52%
Ambulante psychiatrisch-psychosoziale Einrichtung	13	11%	8	62%
Stationäre psychiatrisch-psychosoziale Einrichtung (Klinik etc.)	8	7%	3	38%
Private psychiatrische oder psychologische Praxis	1	1%	1	100%
Allgemeiner Arzt / Allgemeine Ärztin	0	0%	-	-
Selbsthilfegruppe/-kontaktstelle / Begleitete Gesprächsgruppe	3	3%	2	67%
Allgemeiner (staatlicher) Sozialdienst, Sozialamt	9	8%	4	44%
Betrieblicher Sozialdienst	4	3%	0	0%
Schuldenberatungsstelle	10	8%	9	90%
Anderer Einrichtung	9	8%	3	33%
Total	120	100%	64	53%

Quelle: Schriftliche Befragung der Beratungsstellen; eigene Darstellung

Im Unterschied zur Erhebung von 2002 gibt die vorliegende Studie keine Antworten bezüglich der «Prävalenzfrage» im Beratungs- und Behandlungsbereich; dies hätte eine Erfassung möglichst aller Personen erfordert, die aufgrund von durch Casino-Besuchen verursachten Glücksspielproblemen in Beratung/Behandlung waren. Im Fokus der aktuellen Studie stand die Ermittlung der durchschnittlichen Behandlungskosten (Bestandteil der «direkten Kosten») und der unterschiedlichen Kostenträger. Diese Angaben konnten ohne Vollerhebung bei den Beratungs-/Behandlungsstellen angemessen erfasst werden.

Aufgrund der Ergebnisse aus der Erhebung von 2002 und entsprechender Vorabklärungen konnte davon ausgegangen werden, dass eine zusätzliche Erhebung bei sämtlichen praktizierenden Psychiaterinnen und Psychiatern relativ aufwändig gewesen wäre und kaum wesentliche weitere Erkenntnisse zur Kostenfrage gebracht hätte. Aus forschungsökonomischen Gründen wurde daher auf eine solche Erhebung verzichtet. Gleiches gilt für den generellen Einbezug hausärztlicher Praxen oder frei praktizierender Psychologinnen und Psychologen.⁹

⁹ Abklärungen hatten ergeben, dass die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) rund 1'800 Mitglieder umfasst (gemäss FMH-Ärztstatistik hat es in der Schweiz rund 2'000 Psychiater mit Praxistätigkeit). Die SGPP verfügt von 1'200 Mitgliedern über eine E-Mail-Adresse, die grundsätzlich für eine Umfrage zur Verfügung gestanden hätten. Aufgrund von Kontakten mit der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP) wurde eine Erhebung bei FSP-Verbandsmitgliedern (rd. 1'800 Mitglieder sind Fachpsycholog/innen für Psychotherapie) als nicht zweckmässig erachtet. Gleiches gilt für die Durchführung einer Erhebung bei Allgemeinpraktikern. Hier hatte die Anfrage beim Präsidenten der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemein-

Daten des Telefon 143 «Die Dargebotene Hand»

Bei der privaten Hilfsorganisation Telefon 143 «Die Dargebotene Hand» wird seit dem Jahr 2002 eine inhaltliche Statistik geführt. Unter den erfassten Themen findet sich auch die Spielsuchtproblematik. Wie bereits in der Studie von 2004 wurden die Daten des Telefons 143 als Ergänzung beigezogen, um allfällige Tendenzen abzuschätzen (zu Datenlage und Interpretation vgl. Abschnitt 6.2.2).

2.2.3 Befragung gesperrter Spieler/innen

In der früheren Untersuchung von 2002 (Künzi et al. 2004) wurde zur Erfassung der Charakteristiken der Glücksspieler/innen (inkl. Verschuldung, Erwerbssituation, soziale Situation etc.) ebenfalls auf Angaben aus den Beratungs- und Behandlungsinstitutionen zurückgegriffen. Diese füllten für einen Teil ihrer Behandlungsfälle auf der Grundlage von Behandlungsdossiers «Individualdatenbogen» aus.

Die aktuelle Studie zur Erfassung der durch die Casinos verursachten sozialen Kosten enthält dagegen als Kernelement eine direkte Befragung von gesperrten Spieler/innen, die zu dieser in der politischen Diskussion oft erwähnten Gruppe vertiefte Erkenntnisse bringen soll.

Erläuterungen zu Spielsperren

Spielsperren gelten grundsätzlich als Mittel zum Selbstschutz der Casino-Spieler/innen. Die Spielsperren werden von den einzelnen Casinos ausgesprochen und sind in einem elektronischen System schweizweit vernetzt. Einmal gesperrt, hat der Spieler/die Spielerin in keiner schweizerischen Spielbank mehr Zutritt. Die Casinos sind auch für die Einhaltung und Kontrolle der Spielsperren zuständig.

Tabelle 7 zeigt die Zahl der in der Schweiz vom Casino-Spiel ausgeschlossenen Personen. Per Ende 2007 zählte man rund 20'100 aktive Spielsperren im Sinne von Art 22 des Spielbankengesetzes (SBG).¹⁰ Seit dem Jahr 2004 wuchs die Zahl der Spielsperren jeweils pro Jahr um rund 3'200 bis 3'400.

Tabelle 7: Entwicklung der Spielsperren 2001 - 2007 (Stand jeweils per 31.12.)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Anzahl aktive Spielsperren	4'559	5'054	6'876	10'105	13'349	16'761	20'139
Jährliche Zunahme in %		495	1'822	3'229	3'244	3'412	3'378
		11%	36%	47%	32%	26%	20%

Quelle: ESBK (2009), eigene Darstellung

Von den Fragestellungen unserer Studie her fokussierte die Befragung auf Casino-Spieler/innen, die eine «sozialbedingte Spielsperre» erhalten, d.h. eine Spielsperre gemäss Art. 22 Abs. 1 Bst. a und b SBG (exklusive Bst. c) sowie Art. 22 Abs. 4 SBG.

medizin (SGAM) ergeben, dass Beratungen wegen Spielsucht in der Hausarztpraxis eine Seltenheit darstellten. Die Hausärzte würden ihre Patient/innen mit (Spiel-)Suchtproblemen rasch an spezialisierte Stellen überweisen. Da die vorliegende Studie nicht auf Prävalenzfragen fokussierte, wäre eine breite Umfrage – in der Schweiz praktizieren rund 7'500 Grundversorger (Allgemeinmedizin, allgem. Innere Medizin, Praktische Ärzte; vgl. Künzi 2006) – daher wenig zielführend gewesen (E-Mail-Adressen sind nicht verfügbar, Postadressen müssten bei der FMH beschafft werden).

¹⁰ Bundesgesetz über Glücksspiele und Spielbanken SR 935.52: «Art 22 Spielsperre. 1 Die Spielbank sperrt Personen vom Spielbetrieb aus, von denen sie aufgrund eigener Wahrnehmungen in der Spielbank oder aufgrund Meldungen Dritter weiss oder annehmen muss, dass sie: a. überschuldet sind oder ihren finanziellen Verpflichtungen nicht nachkommen; b. Spieleinsätze riskieren, die in keinem Verhältnis zu ihrem Einkommen und ihrem Vermögen stehen; c. den geordneten Spielbetrieb beeinträchtigen. 2 Die Spielsperre muss der betroffenen Personen mit Begründung schriftlich mitgeteilt werden. 3 Die Spielsperre muss aufgehoben werden, sobald der Grund dafür nicht mehr besteht. 4 Die Spielerinnen und Spieler können selbst bei der Spielbank eine Spielsperre beantragen. 5 Die Spielbank trägt die Spielsperren in ein Register ein und teilt den anderen Spielbanken in der Schweiz die Identität der gesperrten Personen mit. Nach Aufhebung der Spielsperre sind die Daten unverzüglich zu löschen.»

In den meisten Fällen wird die Sperre von einem Spieler/einer Spielerin im Casino verlangt resp. sie wird als freiwillige sozialbedingte Sperre ausgesprochen und es findet ein Sperrungsgespräch mit einer verantwortlichen Person des Casinos statt. Die Sperrung wird schriftlich bestätigt. Die betreffende Person erhält zudem Informationen über Beratungsmöglichkeiten oder über den Ablauf, wie die Sperre wieder aufgehoben werden kann.¹¹ Ohne Casino-Besuch kann die Sperre schriftlich mit Beilage einer Kopie des Personalausweises verlangt werden. Sie kann auch durch betroffene Lebenspartner oder andere Stellen erwirkt werden. Weiter ist es möglich, dass das Casino einseitig eine sozialbedingte Sperre anordnet.

Zweck der Erhebung und Vorgehen

In der Studie von 2002 (Künzi et al. 2004) wurden zur Erfassung der Charakteristiken der Glücksspieler/innen (inkl. Verschuldung, Erwerbssituation, soziale Situation etc.) die Beratungs- und Behandlungsinstitutionen beigezogen. Indem diese für ihre Behandlungsfälle Individualdatenbogen ausfüllten, konnten mit dieser Methode differenzierte Individualdaten zu 287 Glücksspieler/innen und 48 Angehörigen in Beratung erreicht werden.

Da im Zentrum der Fragestellung der ESBK die Erfassung der durch die Casinos verursachten sozialen Kosten liegt, besteht die Zielgruppe der vorliegenden Untersuchung aus Spieler/innen, die als Hauptspielort die Casinos nutzen.¹² In der politischen Diskussion um die Spielbanken wird häufig auf die zahlreichen Spielsperren verwiesen. Dabei sind die Ursachen oder individuellen Entwicklungen, die hinter den einzelnen Sperrungen stehen, wenig bekannt. Vor diesem Hintergrund wurde für die vorliegende Studie eine Befragung von Personen mit Spielsperren durchgeführt, um von den Direktbetroffenen Informationen zu den Hintergründen für die Sperre und insbesondere die mit dem Glücksspielverhalten verbundenen Kosten zu gewinnen.

Der Fragebogen wurde auf der Grundlage bestehender Instrumente (Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 als Basis für die Hochrechnungen, Fragebogen, die die Casinos anlässlich des Sperrungsgesprächs verwenden, u.a.), in Zusammenarbeit mit den begleitenden unabhängigen Experten und auf der Grundlage von Erfahrungen der Sozialkonzeptverantwortlichen der Pretest-Casinos entwickelt.

Aufgrund von Abklärungen bei den Sozialkonzeptverantwortlichen dreier A-Casinos und einer Pretest-Phase entschied sich die ESBK im Juni 2008 zur Realisierung einer schweizweiten Befragung gesperrter Spieler/innen in Casinos. Die Befragung konnte in drei Sprachen (d, f, i) und drei Formen (schriftlich, online, telefonisch) angeboten werden.

Die Aushändigung resp. die Übergabe des Fragebogens erfolgte auf verschiedenen Wegen. In aller Regel wurde der Fragebogen (inkl. Antwortcouvert) anlässlich eines Sperrungsgesprächs übergeben. Einige Casinos erklärten sich auch bereit, der schriftlichen Sperrungsbestätigung – sofern diese gewünscht wurde – ebenfalls noch einen Fragebogen beizulegen. Beigelegt wurde der Fragebogen zudem bei Personen, die sich auf schriftlichem Weg (ohne Sperrungsgespräch vor Ort) freiwillig sperren liessen. Weiter wurde der Fragebogen bei Adressaten beigelegt, die eine angeordnete sozialbedingte Spielsperre erhielten – bei dieser Gruppe dürfte die Teilnahmebereitschaft allerdings sehr klein gewesen sein. Aus Datenschutzgründen konnte anhand des Rücklaufs nicht kontrolliert werden, über welchen Kanal ein eingehender Fragebogen zugestellt wurde.

¹¹ Die Sozialkonzepte der meisten Casinos sehen vor, dass die Aufhebung einer Spielsperre frühestens nach Ablauf eines Jahres beim Spielcasino beantragt werden kann, das die Sperre vorgenommen hat.

¹² Aus der Erhebung von 2002 (Künzi et al. 2004) ging hervor, dass von den Spielern in Beratung/Behandlung, die als hauptsächlichen Spielort das Casino (mit)angaben, 50% einer Spielsperre unterlagen (nahezu bei allen freiwillig verhängt).

Im Anschluss an den Pretest, der Überarbeitung der Fragebogen, dem Erstellen von Begleitmaterialien, Übersetzungen, Kontaktnahmen mit den Casinos etc. konnte die Haupterhebung mit einem Grossteil der 19 Casinos ab Mitte Juli / Anfang August 2008 starten. Das letzte Casino startete ab September.

Der Rücklauf der Hauptbefragung blieb insbesondere in den ersten Erhebungsmonaten deutlich unter den Erwartungen. Bei den gesperrten Spieler/innen handelt es sich um eine äusserst schwer zu erreichende Befragungspopulation. Im Anschluss an ein Treffen mit Vertreter/innen der Casinos, an dem Probleme der Befragung besprochen wurden, wurden ab Anfang Dezember 2008 leichte Änderungen an der Befragung vorgenommen. Zur Hauptsache wurden der Fragebogen optisch etwas kürzer gemacht (letzte Seite leer), indem die Erläuterungen auf ein separates Schreiben genommen wurden, und die Laufzeit der Feldphase bis Ende März 2009 verlängert. Andere Vorschläge (z.B. ein höheres Incentive, zusätzliche Sprachversionen) liessen sich aus finanziellen Gründen nicht umsetzen.

Datengrundlage

In **Tabelle 8** ist der Rücklauf resp. die Datengrundlage der Befragung gesperrter Spieler/innen dargestellt. In Verlauf der Erhebungsperiode wurden in den Casinos insgesamt 2'459 sozialbedingte Sperrungen ausgesprochen. Beim Grossteil von 86% handelte es sich um sogenannte freiwillige Sperrungen. Insgesamt wurden anlässlich der Sperrungsgespräche oder der schriftlich beantragten Sperrungen 1'158 Fragebogen abgegeben oder beigelegt. Die Gesamtzahl an eingegangenen Fragebogen beträgt 167. Gemessen an sämtlichen sozialbedingten Spielsperren beträgt die Ausschöpfungs- oder Teilnahmequote damit 6.8%, bezüglich freiwilliger Sperrungen 7.9% und gemessen an den abgegebenen/beigelegten Fragebogen 14.4%.

Tabelle 8: Übersicht über die Teilnahmequote und den Rücklauf der Befragung gesperrter Spieler/innen

Casinos, die Sperrung ausgesprochen haben	Sperrungen während Befragungsphase		Anteil freiwillige Sperrungen (mit Sperrungsgespräch oder schriftl. gewünscht)		Fragebogen		Rücklauf		bzgl. sämtlicher abgegebenen/beigelegter Fragebogen
	Sozialbedingte Sperrungen insgesamt (freiwillig und angeordnet, mit und ohne Sperrungsgespräch)		N	%	n	%	n	%	
Deutschschweiz (Bern, Basel, Interlaken, Luzern, Baden, Schaffhausen, Pfäffikon, St. Gallen, Bad Ragaz, Davos, St. Moritz)	1'594	65%	1'358	85%	794	58%	91	6.7%	11.5%
Romandie (Meyrin, Montreux, Granges-Paccot, Courrendlin, Crans-Montana)	641	26%	564	88%	205	36%	44	7.8%	21.5%
Tessin (Locarno, Lugano, Mendrisio)	224	9%	197	88%	159	81%	23	11.7%	14.5%
Nicht angegeben							9	0.4%	0.8%
Total	2'459	100%	2'119	86%	1'158	55%	167	7.9%	14.4%

Quelle: Befragung der gesperrten Spieler/innen, monatl. Status-Reports der Casinos; eigene Darstellung

Der allergrösste Teil der Daten wurde im Rahmen der schriftlichen Befragung gewonnen (n=157). Die Online-Variante wurde nur von einem geringen Teil genutzt (n=9), das Angebot des telefonischen Interviews nur von einer Person (n=1).

Mit Ausnahme von zwei kleinen B-Casinos, die im Untersuchungszeitraum nur sehr wenige Sperrungen ausgesprochen hatten, konnten bei allen Casinos Angaben von gesperrten Spielern gewonnen werden. Zwischen den Casinos gab es jedoch relativ grosse Schwankungen in der erreichten Teilnahmequote (zw. 2% u. 19% bzgl. sämtlicher Sperrungen; zw. 3% u. 41% bzgl. abgegebenen/beigelegter Fragebogen). Es zeigte sich, dass die in der Romandie oder dem Tessin gelegenen Casinos proportional etwas mehr Daten beitra-

gen konnten als diejenigen in der Deutschschweiz. Für die unterschiedliche Teilnahmebereitschaft können einerseits «kulturelle Unterschiede» bei den Spieler/innen verantwortlich sein, andererseits dürften auch Unterschiede hinsichtlich des Engagements der Casinos eine Rolle spielen, ihre gesperrten Gäste von einer Studienteilnahme zu überzeugen. Einen Spezialfall stellen Casinos in Grenznähe dar (Mendrisio, Meyrin, Schaffhausen und insbes. Basel), die von vielen Spieler/innen aus dem Ausland besucht werden. Zwar war abgesichert, dass die Fragebogen auch aus Frankreich, Deutschland oder Italien dem Büro BASS zugestellt wurden – aus allen Ländern sind auch Bogen eingegangen. Jedoch war das Erhebungsinstrument explizit auf die Wohnbevölkerung in der Schweiz zugeschnitten (Währungsangaben in Fr., Gültigkeit Incentive). Bei den sich in Grenznähe befindenden Casinos war daher von vorneherein mit einem unterdurchschnittlichen Rücklauf zu rechnen. Dies galt besonders für das im 3-Länder-Eck liegende Casino Basel, das von vielen französischen Spieler/innen besucht wird. Für die Fragestellungen der Studie war es jedoch auch nicht von Bedeutung, ob im Ausland wohnhafte Spieler/innen teilnehmen oder nicht. Eine Verzerrungsgefahr hätte nur dann bestanden, wenn die sich aus dem Glücksspiel ergebenden Problemlagen bei den in der Schweiz wohnhaften Spieler/innen völlig anders gewesen wären als bei den im Ausland wohnhaften.

Es zeigte sich, wie erwartet, dass die Population der gesperrten Spieler/innen eine im Rahmen einer Befragung äusserst schwierig zu erreichende Zielgruppe ist. Die Teilnahme- oder Ausschöpfungsquote von rund 8% bezüglich sämtlicher freiwilliger sozialbedingter Sperrungen resp. 14.4% bzgl. abgegebener Fragebogen ist relativ klein.¹³ Verschiedene Gründe lassen sich hierfür anführen: Die Abgabe des Fragebogens bzw. die Aufforderung zur Befragungsteilnahme fand in einer besonderen, häufig emotional schwierigen Situation statt (Aussprache einer Spielsperre). Bei drei A-Casinos fand zudem parallel eine Erhebung zu Spielsperren der Universität Bremen statt (G. Meyer, Institut für Psychologie und Kognitionsforschung), zu der ebenfalls ein Fragebogen abgegeben wurde. Im Rahmen der Umsetzung der Sozialkonzepte arbeiten die Casinos bei den Sperrungsgesprächen selbst bereits mit einem Fragebogen (vgl. weiter unten), der mit den Spieler/innen durchgegangen wird. Unvermeidlicherweise bestanden einige Überschneidungen zwischen dem Fragebogen der Casinos und dem Fragebogen der vorliegenden Erhebung. Ein Nutzen aus der Befragungsteilnahme und den Forschungsergebnissen war für die Betroffenen schwierig herzuleiten. Durch die erforderliche Anonymität war es nicht möglich, ein Erinnerungsschreiben zu verschicken oder Fragebogen nachzusenden. Wird der Rücklauf auf die Anzahl abgegebener oder beigelegter Fragebogen bezogen (bei freiwilliger oder angeordneter Sperre), dann beträgt die Teilnahmequote gut 14% und liegt damit in Grössenordnungen, die mit schriftlichen Befragungen in der sozialwissenschaftlichen Forschung erreicht werden.¹⁴ Aus den Angaben von 167 gesperrten Spieler/innen liessen sich – eingedenk der resultierenden Vertrauensintervalle - doch einige wichtige Erkenntnisse gewinnen. Die Zahl bewegt sich z.B. deutlich über denjenigen Daten, die gewöhnlich in Bevölkerungsbefragungen (Prävalenzstudien im Glücksspielbereich) erreicht werden können.

Zur Kontrolle, ob sich die 167 Befragungsteilnehmer/innen stark von der Grundgesamtheit der Personen unterscheiden, die eine sozialbedingte Spielsperre erhalten, resp. ob eine verzerrte Stichprobe vorliegt, konnten Daten beigezogen werden, die die Casinos routinemässig zu ihren Spielsperren erfassen. Für die vorliegende Studie standen hier Daten des Jahres 2007 zur Verfügung.

¹³ Die Rücklaufsquote aus dem Pretest (rund 18% Ausschöpfung) konnte in der Hauptbefragung nicht erreicht werden.

¹⁴ In der empirischen Sozialforschung wird immer wieder auf das Problem geringer Rücklaufquoten insbes. bei postalischen Befragungen hingewiesen. Ohne weitere Massnahmen kann bei freiwilligen schriftlichen Befragungen (kein persönliches Anschreiben, Bogen kann mitgenommen werden oder nicht, keine Möglichkeit eines Erinnerungsschreibens etc.) teils nur mit einem Rücklauf von 5 bis 20% gerechnet werden. Tief ist der Rücklauf vor allem bei thematisch heiklen Befragungen (vgl. Diekmann 2007, 514-520; Bortz/Döring 2006, 256-260).

Ein Vergleich grundlegender struktureller Merkmale (Geschlecht, Alter oder Erwerbssituation) der Casino-Daten und der Befragungsdaten lassen den Schluss zu, dass die in der Befragung gewonnen Angaben die Population der gesperrten Spieler/innen relativ gut abbilden und keine gravierenden Verzerrungen bestehen dürften (vgl. **Tabelle 9**).

Tabelle 9: Vergleich der in der Befragung gewonnen Daten mit den Daten der Casinos

Merkmale	Daten der Casinos zu den gesperrten Spieler/innen (2007)		Daten der Befragung gesperrter Spieler/innen (2008/09)	
	N	%	n	%
Geschlecht				
Mann	3'231	82%	130	80%
Frau	716	18%	33	20%
Total	3'947	100%	163	100%
Alter				
18-30	1'434	36%	55	34%
31-40	1'045	26%	45	28%
41-50	813	21%	30	19%
51-64	520	13%	20	13%
64+	153	4%	10	6%
Total	3'965	100%	160	100%
Nationalität				
Schweizer/in	1'466	37%	74	46%
Ausländer/in	2'474	63%	77	48%
Doppelbürger/in	-	-	10	6%
Total	3'940	100%	161	100%
Wohnsitz				
Schweiz	3'208	81%	134	86%
Ausland	732	19%	21	14%
Total	3'940	100%	155	100%
Berufliche Situation				
Erwerbstätig (selbständig, unselbständig)	2'355	81%	135	81%
Arbeitslos	174	6%	8	5%
AHV/IV-Bezüger	190	7%	16	10%
Hausfrau/Hausmann	74	3%	2	1%
Andere	125	4%	5	3%
Total	2'918	100%	166	100%
Besuchsfrequenz Casino				
5-7 mal/Woche	205	7%	5	3%
3-4 mal/Woche	690	25%	36	22%
1-2 mal/Woche	1'180	43%	66	40%
Andere	686	25%	59	35%
Total	2'761	100%	166	100%
Art des Glücksspiels im Casino				
Tische	634	21%	38	23%
Automaten	1'701	55%	108	65%
Tische und Automaten	750	24%	19	12%
Total	3'085	100%	165	100%
Schulden wegen Glücksspiel in Casino				
Ja	307	10%	47	28%
Nein	2'667	90%	120	72%
Total	2'974	100%	167	100%
Geschätzter Problemschweregrad*				
Risikoarm (DSM4 0-2 / Lie/Bet 0)	167	32%	50	30%
Problematisch (DSM4 3-4 / Lie/Bet 1)	203	39%	61	37%
Pathologisch (DSM4 5+ / Lie/Bet 2)	151	29%	53	32%
Total	521	100%	164	100%

Legende: *Geschätzter Schweregrad: Daten des Casinos nach DSM4 (Angaben aus 3 grossen A-Casinos); Daten Befragung gesperrter Spieler/innen nach Lie/Bet-Screen (dichotomisiert gemäss Tomei et al. 2009 / ESBK 2009)

Quelle: Daten der Casinos 2007 (zur Verfügung gestellt von der ESBK); Befragung der gesperrten Spieler/innen

Gewisse Unterschiede können in den leicht anders gehaltenen Fragen in den Fragebogen der Casinos und in unserem Fragebogen, der unterschiedlichen Erhebungssituation wie auch der unterschiedlichen Zeitperiode (2007 vs. 2008/09) begründet sein. Grössere Differenzen bestehen bei der Verteilung nach Nationalität. Dies dürfte einerseits auf die bereits weiter oben erwähnte Fokussierung der Befragung auf die Schweiz zurückzuführen sein (ausländische Spieler/innen in grenznahen Casinos wurden unterdurch-

schnittlich erreicht); andererseits auch auf sprachliche Einschränkungen, da aus forschungsökonomischen Gründen die Erhebungsinstrumente nur in den drei Sprachen deutsch, französisch und italienisch verfügbar waren. Relativ gross ist die Differenz bei der Frage nach den Schulden aus dem Casino-Spiel. Die Daten der Casinos weisen hier einen Anteil von 10% der Spieler/Innen aus, die im Rahmen des Sperrungsge- sprächs angeben, dass sie Schulden aus dem Casino-Spiel haben, in den Daten unserer Befragung ergibt sich ein Anteil von 28%. Die Differenz kann auch hier auf eine leicht andere Fragegestaltung zurückge- führt werden, vermutlich aber auch auf den Umstand, dass die Spieler/Innen mit Blick auf eine mögliche spätere Aufhebung der Spielsperre gegenüber dem Casino etwas zurückhaltender sind als gegenüber einer anonymen Befragungsinstitution.

Es besteht die Möglichkeit, dass einerseits die Auswahl der antwortenden Spieler/Innen nicht repräsentativ für die Gesamtheit der gesperrten Spieler/Innen ist (Selbstselektion)¹⁵ und dass andererseits die gesperrten Spieler/Innen nicht repräsentativ sind für die Gesamtheit der Casino-Spieler/Innen mit einem Glücksspiel- problem. Hierzu ist jedoch anzumerken, dass das Ziel der Befragung der gesperrten Spieler/Innen nicht darin bestand, die Population der Personen mit Glücksspielproblemen direkt abzubilden. Vielmehr ging es darum, durch die Befragung (der gesperrten Spieler/Innen) anhand der Lie/Bet-Fragebatterie (analog zur Schweizerischen Gesundheitsbefragung SGB 2007) verschiedene Gruppen von Spieler/Innen nach Prob- lemschweregrad bilden zu können und die sozialen Kosten des Casino-Spiels für die einzelnen Gruppen als Grundlage für die Hochrechnungen ermitteln zu können.

Verteilung der gesperrten Casino-Spieler/Innen nach Problemschweregrad

Innerhalb des Kontinuums zwischen «problemlosem» und «süchtigem» Spielverhalten lassen sich ver- schiedene Spielergruppen voneinander abgrenzen, die sich in Hinblick auf Spielfrequenz, Funktionalität, Ätiopathogenese¹⁶ und Symptomschwere unterscheiden (vgl. z.B. Meyer/Bachmann 2005, 50–55; vgl. auch Müller-Spahn/Margraf 2003, Petry 2003, Füchtenschnieder et al. 2006). Die Differenzierung erfolgt gemeinhin entlang diagnostischer Kriterien verschiedener Klassifikationssysteme psychischer Störungen wie ICD-10 oder DSM-4. Die Kriterien der Klassifikationssysteme bilden die Grundlage für die Konstrukti- on psychometrischer Screening-Verfahren oder Erfassungsinstrumente, die u.a. für epidemiologische Stu- dien verwendet werden. Relativ verbreitet ist in der Forschungsliteratur eine Einteilung in die drei Katego- rien «risikoarmes», «problematisches» und «pathologisches» Glücksspielverhalten, auf die sich auch die vorliegende Studie abstützt.¹⁷

Es war Bestandteil des Auftrags der ESBK, dass sich die vorliegende Kostenstudie auf die in der Schweize- rischen Gesundheitsbefragung (SGB) 2007 ermittelten Prävalenzen abstützt (vgl. Abschnitt 2.2.5). Der im schriftlichen Fragebogen der SGB enthaltene Fragekomplex zur Glücksspielproblematik wurde mit Blick auf die Erhebungswelle 2007 durch einen Mitarbeiter der ESBK überarbeitet. Insbesondere wurde als Instrument, um die Stärke des Glücksspielproblems zu bestimmen, gegenüber der Version von 2002 ein spezielles Frage-Set, der «Lie/Bet élargi»-Screen, bestehend aus drei Items, eingeführt:

■ (1): «Haben Sie jemals gegenüber Menschen, die Ihnen wichtig waren, über das Ausmass Ihres Spielens lügen müssen?» (Antwortmöglichkeiten «immer», «oft», «selten», «nie»)

¹⁵ Es gibt Argumente dafür, dass die besonders «schweren Fälle» vermehrt an einer Befragung teilnehmen, wie auch Argumente dafür, dass vermehrt nur die «unproblematischen Fälle» teilnehmen. Im Rahmen des Pretests konnten die Sozialkonzeptverantwortli- chen hier keine Verzerrungen in der Teilnahmebereitschaft feststellen.

¹⁶ Gesamtheit aller möglichen Faktoren, die zur Ursache, Entstehung und Entwicklung einer physischen oder psychischen Störung beitragen.

¹⁷ Als zusammenfassende Begriffe für Personen mit problematischem oder pathologischem Spielverhalten verwenden wir in unserer Studie auch etwa die Begriffe «Personen mit Glücksspielproblemen» oder «Personen mit problembehaftetem Glücksspielverhalten».

- (2) «Haben Sie das Bedürfnis verspürt, mit einem immer höheren Geldeinsatz zu spielen?» (Antwortmöglichkeiten «immer», «oft», «selten», «nie»)
- (3) «Haben Sie sich schon über die Bemerkungen anderer geärgert, die Ihr Glücksspiel kritisiert haben?» (Antwortmöglichkeiten «immer», «oft», «selten», «nie»)

Mit Blick auf die zwingende Hochrechnung auf der Basis der SGB 2007 haben wir in die Befragung der gesperrten Spieler/Innen den «Lie/Bet élargi»-Screen aufgenommen.

Zur genaueren Validierung des in der SGB 2007 eingesetzten erweiterten Lie/Bet-Screen in Bezug auf die Erkennung von Glücksspielproblemen bzw. die Gliederung in verschiedene Stufen gab die ESBK eine Studie bei der Firma FERARIHS in Auftrag. Tomei et al. (2009) gelangten in ihrer Analyse zum Schluss, dass sich der dichotomisierte («immer/oft» vs. «selten/nie») originale Lie/Bet-Screen mit zwei Items eher besser eigne, die Population der Glücksspieler nach Problemschweregrad zu unterteilen, als der erweiterte Lie/Bet mit dem zusätzlichen dritten Item. Dies gelte insbesondere bei einer Population in Beratung oder bei Personen, die einen Fragebogen per Internet ausfüllten, wobei jedoch die Bestimmung der «problematischen» Spieler/Innen relativ heikel bleibe.

Vor dem Hintergrund, dass die Population der gesperrten Spieler/Innen im Sperrungsgespräch eher vergleichbar mit einer Population in Beratung sein dürfte als mit einer Population in einer Bevölkerungsumfrage, haben wir uns bei der Gliederung der gesperrten Spieler/Innen nach Problemschweregrad auf den dichotomisierten originalen Lie/Bet-Screen abgestützt. Dabei sind wir uns bewusst, dass dies nur eine grobe Einteilung sein kann.¹⁸ Bestätigt wurde die resultierende Verteilung des Problemschweregrads (vgl. Tabelle 9) grundsätzlich durch die im Rahmen der Experteninterviews (vgl. Abschnitt 2.2.4) befragten Expert/Innen. Insbesondere die Sozialkonzeptverantwortlichen stützten aus ihren Erfahrungen die erhaltenen Anteile unter den gesperrten Casino-Spieler/Innen.¹⁹

2.2.4 Befragung von Expert/Innen aus Beratungseinrichtungen und Sozialkonzeptverantwortlichen

Zweck der Befragung und Vorgehen

Zur Diskussion und Validierung der Kostendaten und von Veränderungen seit der 2002/03 erarbeiteten Studie (Künzi et al. 2004) wurden Befragungen von fünf bis sechs Expert/Innen aus der Beratungspraxis durchgeführt.

Die Zwecke der Expertenbefragungen waren im Detail:

- Beurteilung und Plausibilisierung der (Zwischen-)Resultate, die aus den schriftlichen Befragungen (Befragung von Beratungseinrichtungen, Befragung der gesperrten Spieler/Innen) hervorgegangen sind. Einschätzungen zur Entwicklung in den letzten Jahren, Gründe für Veränderungen.
- Vertiefung und Validierung der Kostenfragen (Kostenarten, Kostenhöhe, -finanzierer, -verursacher, Kostenentwicklung, Kostenvergleiche). Quantitative Angaben sollten vor allem in der Schuldenberatungsstelle gewonnen werden.
- Einschätzungen zur Frage der Wirksamkeit der Sozialkonzepte der Casinos.

¹⁸ Andere Verfahren, wie z.B. durch Spielsucht-Fachleute geführte Face-to-face-Gespräche entlang der DSM-VI-Kriterien o.ä. würden zweifellos differenzierte Ergebnisse liefern, liessen sich aber im Rahmen unserer Studie nicht realisieren.

¹⁹ Dabei kritisierten die Expert/Innen aber auch z.T. verwendete Begriffe wie «risikofreies» oder «unproblematisches Casino-Spiel». Streng genommen würden Casino-Spieler/Innen immer ein Risikoverhalten aufweisen.

Bei der Auswahl der Expert/innen, die in Absprache mit der ESBK erfolgte, wurde auf eine angemessene Berücksichtigung der verschiedenen Institutionsebenen und der Sprachregionen geachtet.

Aus inhaltlichen Gründen (Ergebnisse der Befragungen mussten zumindest als Zwischenresultate vorliegen) wurden die Expertengespräche im Studienverlauf möglichst spät angesetzt. Sie fanden zwischen Februar und April 2009 statt.

Der Gesprächsleitfaden für die Expertengespräche wurde zusammen mit der ESBK entworfen und in der Begleitgruppe verabschiedet. Die Interviewpartner/innen erhielten den Gesprächsleitfaden jeweils einige Tage vor dem Gespräch zugeschickt. Die Transkriptionen der geführten Interviews wurden den Interviewpartner/innen zugestellt und von diesen «genehmigt».

Datengrundlage

In **Tabelle 10** sind die Expert/innen aufgeführt, die im Rahmen der Studie befragt werden konnten.

Tabelle 10: Auswahl der befragten Expert/innen

Institutionstyp	Einrichtung	Expert/innen
Schuldenberatungsstelle	Verein Schuldensanierung, Bern	Hr. M. Schüpbach, Sozialarbeiter Fr. P. Frommert, Leiterin des Projekts Glücksspiel 2002-2007
Glücksspielsuchtfachstelle	Centre du jeu excessif, Service de psychiatrie communautaire, Département de psychiatrie du CHUV, Lausanne	Hr. Dr. med. O. Simon, Psychiater und leitender Arzt CJE, Verantwortlicher Glücksspielsucht SSAM ¹
Psychiatrische Praxis, Expert/in Sozialkonzept	Facharzt für Psychiatrie u. Psychotherapie, Zürich	Hr. Dr. med. A. Canziani, Psychiater und Berater Sozialbeirat Schweizer Spielbanken
Glücksspielberatungsstelle, Expert/in Sozialkonzept	Beratungs- und Abklärungsstelle für Spielprobleme, Universitäre Psychiatrische Kliniken, Basel-Stadt	Hr. R. Poespodihardjo, Psychologe und Psychotherapeut, Leiter der Beratungsstelle
Expert/in Umsetzung Sozialkonzept in einem Casino	Casino Montreux	Fr. L. Schürmann, Sozialkonzeptverantwortliche

Anmerkung: 1) SSAM = Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin
Quelle: Experteninterviews

Als Grundlage für die Beantwortung der entsprechenden Fragestellungen liegen aus den Expertengesprächen fünf Interviewtranskriptionen vor. Hr. O. Simon (CJE) reichte seine Antworten schriftlich ein.

2.2.5 Auswertung amtlicher Statistiken

Zweck der Auswertungen und Vorgehen

Im Bereich der amtlichen Statistiken wurden insbesondere zwei Quellen des Bundesamts für Statistik beigezogen:

- die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 (z.T. 2002) und
- die Medizinische Statistik der Krankenhäuser.

Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB 2007

Der Auftrag der vorliegenden Kostenstudie sah vor, dass die Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB 2007 und die dort im Rahmen der schriftlichen Befragung aufgeführten Fragen zum Glücksspielverhalten als Basis (Schätzung der Anzahl problematischer und pathologischer Casino-Spieler/innen) für die prävalenzbasierten Hochrechnungen dienen. Dabei erfolgt die Hochrechnung im Sinne einer Umlegung der verschiedenen Anteile der Subgruppenmerkmale (z.B. Schweregrad des Glücksspielproblems) auf die Bevölkerung.

2 Daten und Methode

Der schriftliche Fragebogen der SGB 2007 enthält u.a. Fragen zur Nutzung verschiedener Glücksspielangebote, zum Vorliegen einer Spielsperre, zu negativen Auswirkungen des Glücksspiels oder zur Nutzung von Behandlungsstellen. Diese Fragen wurden von der ESBK mitentwickelt. Insbesondere wurde als Instrument zur Bestimmung der Stärke eines allfälligen Glücksspielproblems gegenüber der Version von 2002 ein spezielles Frage-Set, der «Lie/Bet élargie»-Screen eingeführt (vgl. Abschnitt 2.2.3).

Die SGB richtet sich an in der Schweiz wohnhafte Personen ab 15 Jahren (ständige Wohnbevölkerung). Die schriftliche Befragung der SGB 2007, welche Fragen zum Glücksspielverhalten enthielt, umfasste grundsätzlich 14'393 Personen. Leider zeigte sich im Verlauf der Kostenstudie, dass die SGB 2007 in einigen für die Hochrechnungen relevanten Bereichen nur sehr geringe Fallzahlen aufwies.²⁰

Für eine detailliertere Beschreibung der Schweizerischen Gesundheitsbefragung verweisen wir auf die Studie der ESBK (2009, insbes. Kapitel 2).

Medizinische Statistik der Krankenhäuser

Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser diente der Ermittlung der stationär behandelten Fälle mit Spielsucht-Diagnose und zur Verfolgung von Entwicklungen in diesem Bereich.

Schwere Fälle von Glücksspielsucht oder die Verbindung von Glücksspielsucht mit anderen psychischen Störungen können zu einer (teil)stationären Behandlung in einem Spital bzw. einer psychiatrischen Klinik führen. Entsprechende Erkenntnisse über die stationäre oder teilstationäre Behandlung²¹ von Glücksspielsucht lassen sich aus der «Medizinischen Statistik der Krankenhäuser» des Bundesamts für Statistik (BFS) gewinnen. Die Datenbasis besteht aus einer Vollerhebung der stationären und teilstationären Hospitalisierungsfälle in den Schweizer Spitälern und psychiatrischen Kliniken. Erfasst sind in der Statistik unter anderem die medizinischen Diagnosen (ICD-10-Systematik) der Patientinnen und Patienten.

Für unsere Studie konnten wir die Daten der Jahre 1998 bis 2006 auswerten (spätere Jahre waren zum Analysezeitpunkt nicht verfügbar).²² Die Qualität und Repräsentativität der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser hat sich seit ihrer Einführung kontinuierlich verbessert (vgl. **Tabelle 11**).

Tabelle 11: Datenlage Medizinischen Statistik der Krankenhäuser 1998 – 2006

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Rücklaufquote auskunftspflichtiger Spitäler/Kliniken	65.9%	84.7%	91.2%	96.7%	99.5%	100.0%	100.0%	99.1%	99.7%
Rücklaufquote erwartete Fälle	61.6%	73.1%	81.1%	81.1%	91.7%	93.0%	93.5%	97.5%	97.9%
Anzahl Fälle total	794'640	1'027'952	1'165'751	1'288'513	1'465'333	1'480'347	1'502'803	1'498'360	1'529'220

Quelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser, eigene Darstellung

²⁰ Diese Einschränkungen waren zum Zeitpunkt der Konzipierung der Kostenstudie noch nicht absehbar. Wir halten zudem die Fragebogenführen in der SGB für verbesserungsfähig, die gewählte Variante führte bei für unsere Kostenstudie entscheidenden Fragen (z.B. Lie/Bet-Screen) zu relativ vielen Missings.

²¹ Stationäre Behandlung: Beanspruchung eines Spitalbettes während mindestens 24 Stunden, inklusive Notfälle, die zu einer Hospitalisierung führen. Teilstationäre Behandlung: Beanspruchung eines Spitalbettes für die Dauer von weniger als 24 Stunden im Rahmen einer geplanten Behandlung.

²² Die Daten und Informationen wurden uns freundlicherweise von Herrn Patrick Schwab, BFS, Projektleiter Medizinische Statistik der Krankenhäuser, zur Verfügung gestellt. Anzumerken ist, dass es sich bei den in der Datenbank erfassten Fällen um Behandlungsfälle und nicht um Personen handelt. Eine Person kann in einem bestimmten Zeitraum mehrmals unter unterschiedlichen Voraussetzungen, in verschiedenen Kliniken und mit unterschiedlicher Diagnose, Behandlung und Behandlungsdauer hospitalisiert werden und demnach mehrere Fälle produzieren. Um eine Auswertung nach Personen vornehmen zu können, enthält die Statistik grundsätzlich einen «anonymen Verbindungscode». Erfasst wird jeweils eine Hauptdiagnose und die 1. bis x. Nebendiagnose.

Während für die ersten Erhebungsjahre zwischen 60 und 80% der auskunftspflichtigen Spitäler und Kliniken zur Verfügung stehen, umfasst der Datensatz für 2006 praktisch 100% der Kliniken und Spitäler sowie der zu erwartenden Fälle.

2.2.6 Literaturanalysen

Zur Ermittlung der Kostensituation des Glücksspiels gegenüber der Kostensituation in anderen Problemkomplexen (Alkohol, Tabak, Drogen) wurde eine Analyse der einschlägigen Literatur vorgenommen. Für die Situation in der Schweiz stützten wir uns insbesondere auf die Arbeiten von Jeanrenaud et al. (2003, 2005) und Vitale et al. (1998).

Daneben wurde die internationale Literatur zur Methode der prävalenzbasierten Krankheitskostenanalyse und zur Berechnung der sozialen Kosten von Glücksspielsucht und anderen Süchten konsultiert. Eine wesentliche Quelle stellte hier das «Journal of Gambling Studies» dar.

3 Zahl der Casino-Besucher/innen mit Glücksspielproblemen

Vor dem Hintergrund der Fragestellung der vorliegenden Studie «Erfassung der durch die Schweizer Casinos verursachten sozialen Kosten» besteht eine der grossen Herausforderungen in der Ermittlung der Zahl der Casino-Spieler/innen, die aufgrund ihrer Casino-Besuche Probleme mit dem Glücksspiel haben.

3.1 Schwierigkeiten der Prävalenzmessung

Wie bereits in Abschnitt 2.2.3 erwähnt, lassen sich innerhalb des Kontinuums zwischen «problemlosen» und «süchtigem» Spielverhalten verschiedene Spielergruppen voneinander abgrenzen. Die Differenzierung erfolgt i.d.R. entlang diagnostischer Kriterien resp. verschiedener Klassifikationssysteme psychischer Störungen wie ICD-10 oder DSM-4. Die Kriterien der Klassifikationssysteme bilden die Grundlage für die Konstruktion psychometrischer Screening-Verfahren oder Erfassungsinstrumente, die u.a. für epidemiologische Studien verwendet werden. Häufig findet sich in der Forschungsliteratur (vgl. z.B. Meyer/Bachmann 2005, 50–55) eine Einteilung in die drei Kategorien «risikoarme», «problematische» und «pathologische» Spieler/innen, auf die sich auch die vorliegende Studie abstützt.

Generell ist problematisches oder pathologisches Glücksspielverhalten in der Bevölkerung wenig verbreitet und in der Diagnose komplex, so dass mit vernünftigem Aufwand in epidemiologischen Studien mittels eines Bevölkerungs-Screenings zumeist nur wenige Aspekte erfasst werden können. Die ermittelten Raten werden zudem stark durch die angewandte Erhebungsmethode, dem Erfassungsinstrument (z.B. SOGS, NODS, etc.) und der verwendeten Kategorisierungen beeinflusst. Auch bestehen Zweifel, ob die Zielgruppe der Personen mit Glücksspielproblemen mittels Telefon-Screening (und evtl. anschliessendem schriftlichem Fragebogen) repräsentativ erreicht werden kann.

Damit zuverlässige Hochrechnungen von spezifischen Merkmalen der Stichprobe (z.B. Verschuldungshöhe, Behandlungskosten, etc.) möglich sind, muss die Anzahl Personen bzw. das Stichproben-n genügend umfangreich sein. Bei kleinem n ist die Auswertung von Subgruppen mit grossen statistischen Unsicherheiten verbunden (zu geringe Fallzahlen pro Zelle, grosse Vertrauensbereiche, Gefahr der Verzerrung durch statistische Ausreisser, etc.).

In der Schweiz erreichten bzw. ermittelten beispielsweise Brodbeck et al. (2007) mit einem Screening von 6'385 Personen (Instrument NODS) auf die ganze Lebenszeit bezogen lediglich 33 problematische und 18 pathologische Spieler/innen (vgl. nächsten Abschnitt). Osiek et al. (1999) erreichten mit einem Screening von 2'526 Personen (Instrument SOGS) 52 problematische und 26 pathologische Spieler/innen (Lebenszeit). Bei einer wiederholten Befragung im Jahr 2006 von 2'803 waren es 61 und 35.

3.2 Prävalenz pathologischer und problematischer Spieler/innen in der Schweiz allgemein

Die bisherigen Studien zur Prävalenz pathologischer und problematischer Spieler/innen in der Schweiz liefern ein eher uneinheitliches Bild, was die Prävalenzraten anbetrifft. Je nach Studie resultieren Jahres-Prävalenzraten (Glücksspiel in den letzten 12 Monaten), die zwischen 0.02% und 0.6% für pathologisches Spielen und 0.2% und 1.5% für problematisches Spielen liegen (vgl. **Tabelle 12**). Nimmt man die beiden Kategorien zusammen (pathologische + problematische Spieler/innen), ergeben sich Anteile zwischen 0.22% und 2.1%.

Tabelle 12: Übersicht über die Prävalenzraten verschiedener Studien für Personen mit Glücksspielproblemen in der Schweiz (ungewichtete n in Klammern)

Autoren (Erhebungszeitpunkt)	Prävalenzraten pathologisches Spielen		Prävalenzraten problematisches Spielen		Erhebungsinstrument	Repräsentativität
	Last year	lifetime	Last year	lifetime		
Osiek/Bondolfi 1999, (1998)	0.24% (12)	0.79% (26)	1.03% (30)	2.18% (52)	SOGS	Für alle drei Sprachregionen
Molo Bettelini et al. 2000, (1998)	0.6%		0.6%		SOGS und drei weitere Fragen	Für den Kanton Tessin
Künzi et al. 2004, (2002/03)		0.62 – 0.84%			Keine Prävalenzerhebung, sondern Schätzverfahren, das im Kern auf Daten von Beratungsstellen und Expertenaussagen fusst (Punkt-Schätzung für Stand Ende 2003)	Für alle drei Sprachregionen
Osiek/Bondolfi 2006, (2005)	0.46% (15)	1.14% (35)	0.82% (27)	2.18% (61)	SOGS	Für alle drei Sprachregionen
Brodbeck et al. 2007, (2006/2007)	0.02%	0.3% (18)	0.2%	0.6% (33)	NODS	Für die Deutschschweiz und den Kanton Tessin
ESBK 2009, (2007)	0.5% (69)		1.5% (210)		Eigener Index (Auswahl von Variablen in Anlehnung an DSM-IV-Klassifikationskriterien und Lie/Bet-Screen)	Für die gesamte Schweizer Bevölkerung ab 15 Jahren

Anmerkungen: SOGS (South Oaks Gambling Screen), NODS (National Opinion Research Center DSM-IV Screen for Gambling Problems), DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association)
Quelle: Entsprechende Studien, eigene Darstellung

Der Vergleich zwischen den einzelnen Studien resp. Prävalenzraten ist insofern schwierig, weil verschiedene Instrumente zur Bestimmung der verschiedenen Spielerkategorien verwendet werden. Nach Stinchfield (2002) überschätzt z.B. der SOGS die Häufigkeit des pathologischen Spielens in einer Stichprobe der Allgemeinbevölkerung, indem er bis zu 50% falsche positive Resultate liefert.

Stucki/Rihs-Middel (2007) betrachten in einem Übersichtsartikel die Prävalenzraten von insgesamt 32 verschiedenen internationalen Studien von 2000 bis 2005 mit den Messinstrumenten SOGS, CPGI (Canadian Problem Gambling Index) und DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Screen). Sie kommen zum Schluss, dass sich die verschiedenen Messinstrumente bezüglich der Schätzung der Prävalenzrate der Gesamtgruppe pathologische plus problematische Spieler/innen wenig unterscheiden, jedoch sehr wohl im Verhältnis der geschätzten Prävalenzraten für pathologische gegenüber problematischen Spieler/innen. In ihrer Studie weist die ESBK (2009) auf mehrere problematische Punkte hin, die zu Schwierigkeiten bei der Beurteilung und dem Vergleich bisheriger Untersuchungen zur Prävalenz führen, vertritt jedoch insgesamt den Standpunkt, dass «verschiedene internationale Studien und auch Schweizer Befragungen [...] nahe legen, dass es sich beim Problem des Glücksspiels um ein relativ stabiles Phänomen handelt» (10). Zu einem ähnlichen Schluss gelangen Osiek/Bondolfi (2006), die ihre geschätzten Prävalenzraten aus dem Jahre 2005 mit jenen aus der eigenen Studie (analoge Methodologie) aus dem Jahre 1998 vergleichen. Auf der Basis eines Chi-Quadrat-Tests vertreten die Autoren die Nullhypothese, wonach in den beiden Jahren keine Unterschiede in den Prävalenzraten - sowohl für die pathologischen als auch die problematischen Spieler/innen - existieren.

3.3 Jahresprävalenz von problematischen und pathologischen Casino-Spieler/innen in der Schweiz gemäss SGB 2007

Die bisherigen Aussagen über die Prävalenz von Personen mit Glücksspielproblemen sind nicht bezüglich spezifischer Spielorte segmentiert. Aussagen, die auf die in unserer Studie interessierende Gruppe der Casino-Spieler/innen fokussieren, sind in der Literatur nur spärlich vorhanden.

3 Zahl der Casino-Besucher/innen mit Glücksspielproblemen

■ Eine der wenigen Quellen, aus der sich diesbezüglich Angaben ableiten lassen, ist Osiek/Bondolfi (2006). Diese schätzen den Prozentsatz aller problematischen plus pathologischen Spieler/innen, die regelmässig ins Casino gehen (mind. 1x pro Woche; Befragung bezieht sich hier auf letzte 12 Monate) auf 7.1% (1998) und 16.7% (2005). Der Anstieg zwischen den beiden Befragungszeitpunkten ist nicht weiter erstaunlich, da zu den beiden Zeitpunkten in der Schweiz ein fundamental anderes Spielangebot im Bereich Casinos bestand.

■ Die zweite epidemiologische Studie, die eine Prävalenzrate für pathologische und problematische Casino-Spieler/innen ausweist, ist diejenige von Brodbeck et al. (2007). Hier wird der Prozentsatz der pathologischen Spieler/innen, die (ausschliesslich) das Casino 1- bis 3-mal im Monat besuchen, auf 16.7% (n=3) geschätzt, derjenige der pathologischen Spieler/innen, die das Casino 1- bis 2-mal pro Woche besuchen, auf 5.6% (n=1)²³. Unter den bei Brodbeck et al. als problematisch klassifizierten Spieler/innen haben alle (100%, n=33) angegeben, dass sie «nie» in einem Casino spielen.

■ In ihrer Studie für den Kanton Tessin von 1998 führten Molo Bettelini et al. (2000) u.a. insgesamt 1'000 Face-to-face-Interviews mit Besucher/innen von zwei Casinos durch. Als Instrument verwendeten sie den SOGS, erweitert mit drei Fragen aus dem «Gamblers Anonymous Questionnaire». Molo Bettelini et al. ermittelten 15% problematische Spieler/innen und 11% pathologische Spieler/innen (Summe 26%) unter den Casino-Besucher/innen. 30% der befragten Casino-Besucher/innen wurden als Häufigspieler/innen identifiziert (mindestens 1x pro Woche).

Prävalenz gemäss Schweizerischer Gesundheitsbefragung 2007

Der schriftliche Fragebogen der SGB 2007 enthält u.a. Fragen zur Nutzung verschiedener Glücksspielangebote, zum Vorliegen einer Spielsperre, zu negativen Auswirkungen des Glücksspiels oder zur Nutzung von Behandlungsstellen. Der Fragekomplex zur Glücksspielproblematik wurde mit Blick auf die Erhebungswelle 2007 durch einen Mitarbeiter der ESBK überarbeitet. Insbesondere wurde als Instrument, um die Stärke des Glücksspielproblems zu bestimmen, gegenüber der Version von 2002 ein spezielles Frage-Set, der «Lie/Bet élargi»-Screen, eingeführt. Bei der SGB ist mit 14'393 Personen vor allem der hohe Stichprobenumfang positiv zu werten.²⁴

Zu den detaillierten Prävalenzberechnungen gab die ESBK zwei separate Studien bei der Firma FERARIHS in Auftrag: Tomei et al. (2009) validierten den in der SGB 2007 eingesetzten erweiterten Lie/Bet-Screen (Lie/Bet élargie) in Bezug auf die Erkennung von Glücksspielproblemen. Im Auftrag der ESBK wurden daneben eine Prävalenzstudie zu Glücksspielproblemen auf der Basis der SGB durchgeführt und Vergleiche mit der letzten Erhebungswelle, der SGB 2002, angestellt (Studie ESBK 2009).

In der Auswertung der SGB 2007 (n=14'393) ermittelte die ESBK (ESBK 2009, 29f.) über einen eigenen entwickelten Index, der auf einer Auswahl von Variablen in Anlehnung an DSM-IV-Kriterien, den Lie/Bet élargie-Screen und die Spielhäufigkeit beruht, eine Prävalenz für «pathologische Spieler/innen» von 0.5% (n=69, gewichtet 34'900 Personen) und «problematische Spieler/innen» von 1.5% (n=210, gewichtet 85'700 Personen). Dabei beziehen sich die Auswertungen auf sämtliche möglichen Glücksspielangebote (Spiele in den Casinos, Lotterie und Wetten, Glücksspiele ausserhalb von Casinos, Glücksspiele im Internet, Internet-Spiele ohne Gewinnmöglichkeit) und auf die Bevölkerung ab 15 Jahren.

²³ Insgesamt haben in der Studie von Brodbeck et al. (2007) 77.8% (n=14) aller pathologischen Spieler angegeben, «nie» im Casino zu spielen.

²⁴ Zu Beginn der vorliegenden Studie waren die Daten der SGB 2007 noch nicht verfügbar. Wir mussten jedoch davon ausgehen, dass mit Hilfe der genannten Daten eine repräsentative Hochrechnung möglich ist.

Die vorliegende Studie fokussiert explizit nur auf die Spiele bzw. die Spieler/innen in den Schweizer Casinos. Vor diesem Hintergrund mussten wir die Population für die relevante Prävalenzschätzung auf die Kriterien «Spieler/innen in Casinos in der Schweiz» und «Alter ab 18 Jahren» einschränken. Das detaillierte Vorgehen ist in **Anhang 10.1** beschrieben.

Auf der Grundlage der SGB 2007 ergaben sich für die Spieler/innen in Casinos folgende Prävalenzwerte (**Tabelle 13**): für wahrscheinlich problematische Casino-Spieler/innen 0.30% (CI 95: 0.18-0.49), für wahrscheinlich pathologische Casino-Spieler/innen 0.13% (CI 95: 0.07-0.28). Hochgerechnet erhält man damit 13'535 problematische Casino-Spieler/innen und 6'095 pathologische Casino-Spieler/innen.

Tabelle 13: Jahresprävalenzen von Casino-Spielern in der Schweiz und Glücksspielproblemen gemäss SGB 2007 und Index nach ESBK (2009)

	Anzahl n (ungewichtet)	gewichtet	Anteil %	95%-Vertrauensbereich gewichtet	%
«Nie»-Glücksspieler / Nicht-Glücksspieler in letzten 12 Monaten	6'160	2'559'204	56.47	2'486'895 – 2'631'513	55.18 – 57.76
Nicht-Casino-Spieler	3'646	1'546'338	34.12	1'483'771 – 1'608'905	32.91 – 35.36
Risikoarme Casino-Spieler	829	406'489	8.97	367'359 – 445'619	8.17 – 9.83
Problematische Casino-Spieler	(26)	(13'535)	(0.30)	(6'794 – 20'275)	(0.18 – 0.49)
Pathologische Casino-Spieler	(14)	(6'095)	(0.13)	(1'721 – 10'469)	(0.07 – 0.28)
Gesamt	10'675	4'531'661	100.00		
Summe problematische + pathologische Casino-Spieler	40	19'630	0.43	11'597 – 27'663	0.29 – 0.65

Anmerkungen: Gemäss Vorgaben des Bundesamts für Statistik werden Zellenhäufigkeiten unter 30 in Klammer gesetzt, da die statistische Zuverlässigkeit der Ergebnisse reduziert ist; die Konfidenzintervalle sind z.T. nicht ganz symmetrisch aufgrund der Chi-Quadrat-Verteilung (nicht-symmetrische Dichtefunktion)

Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 (n=13'977 Personen ab 18 Jahren), Berechnungen BASS

Ein besonderes Problem bei der Schätzung der Prävalenzen bzw. bei der Hochrechnung der Stichprobe auf die Bevölkerung bilden in der SGB die fehlenden Angaben (Missings). So geben zwar ungewichtet 5'909 der insgesamt 13'977 Personen ab 18 Jahren an, dass sie in den letzten 12 Monaten Glücksspiele gespielt haben (1'908 geben schon zu dieser Frage keine Antwort). Jedoch machen dann 1'395 (23.6%) der erwähnten Glücksspieler/innen in den letzten 12 Monaten bei den nachfolgenden Fragen keinerlei Angaben über das genutzte Spielangebot und die entsprechende Nutzungshäufigkeit. Die für die Fragestellung der vorliegenden Studie wichtige Präzisierung nehmen 4'514 Personen vor. Wir haben aufgrund unsicherer Informationen keine adäquate Möglichkeit gesehen - eingedenk der Fallgewichte der SGB und der Berechnung der Vertrauensintervalle - die Missings auf die verschiedenen Glücksspiele und deren Nutzungshäufigkeit zu verteilen.²⁵

Ein Versuch, die ermittelten Raten grob mit den wenigen verfügbaren Vergleichsgrössen zu vergleichen, deutet darauf hin, dass die Angaben insgesamt plausibel sind. Die ESBK (2009) ermittelt auf der Grundlage der SGB 2007 für pathologische plus problematische Spieler/innen eine Anzahl von hochgerechnet 120'600 Personen. Wie oben erwähnt, schätzten Osiek/Bondolfi (2006) den Prozentsatz aller problematischen plus pathologischen Spieler/innen, die regelmässig ins Casino gehen (mind. 1x pro Woche), auf 16.7%. Gemessen an den Resultaten der ESBK (2009) würde dies einer Anzahl von 20'140 problemati-

²⁵ Erfahrungsgemäss werden bei schriftlichen Fragebogen Fragen häufig leer gelassen, wenn diese «einen nicht betreffen» oder «weil man es nicht mehr weiss», aber auch aufgrund einer möglichen Tabuisierung eines Themas. Folglich könnten die in der vorliegenden Untersuchung ausgewiesenen Prävalenzen und Hochrechnungen für Glücksspielprobleme in Zusammenhang mit Casinos eine Unterschätzung darstellen, wenn sich unter den Missings viele Spieler/innen befänden, die mindestens 1-mal pro Monat das Casino besuchen und gleichzeitig mindestens 2-mal pro Woche ein Glücksspiel spielen.

schen plus pathologischen Casino-Spieler/innen entsprechen, was in der Grössenordnung der in Tabelle 13 ausgewiesenen 19'630 Personen liegt.

Allerdings stimmen die Verhältnisse bezüglich Casino-Besucher/innen mit Glücksspielproblemen nicht mit den von Molo Bettelini et al. (2000) ermittelten Anteilen überein. Molo Bettelini identifizierte bei 15% der 1'000 interviewten Casino-Besucher/innen problematisches und bei 11% pathologische Spielverhalten, in der Summe bei 26%. Gemäss unseren Auswertungen wären es – gemessen am Total aus risikoarmen, problematischen plus pathologischen Spieler/innen (gemäss SGB 2007) -lediglich 4.6%. Die Differenz könnte allenfalls auf unterschiedliche Stichproben zurückgeführt werden.

Insgesamt deuten unsere Auswertungen darauf hin, dass es sich bei rund 20% der gemäss SGB 2007 als problematische oder pathologische Spieler/innen identifizierten Personen um Casino-Spieler/innen handelt (bezogen auf Casinos in der Schweiz). Dieses Ergebnis könnte insofern erstaunen, als dass seit April 2005 die altrechtlichen Glücksspielautomaten ausserhalb der Casinos entfernt wurden, die gemäss bisherigen Untersuchungen ein hohes Suchtgefährdungspotential aufwiesen. Andererseits dürften in der Zwischenzeit andere Angebote ausserhalb der Casinos weiter an Bedeutung gewonnen haben (Glücksspiele per Internet, europäische Lotterien, Wetten, Poker-Turniere etc.).

4 Individuelle und soziale Folgen

Nachdem wir im vorangehenden Kapitel versucht haben, die Anzahl der problematischen und pathologischen Casino-Spieler/innen zu bestimmen, sollen in diesem Kapitel zur Vorbereitung der Kostenschätzungen in Kapitels 5 die mit dem Glücksspiel verbundenen Probleme genauer betrachtet werden. Die hauptsächliche Quelle der Informationsgewinnung bildet die Befragung der gesperrten Spieler/innen (vgl. zur Datengrundlage Abschnitt 2.2.3). Validiert und ergänzt werden die Resultate mit den Ergebnissen aus den Experteninterviews (vgl. Abschnitt 2.2.4).

Der Blick richtet sich sowohl auf individuelle wie soziale Folgen, Begleiterscheinungen und Auswirkungen. Dabei ist zu betonen, dass die Problemkreise in der Regel mehr oder weniger eng miteinander verknüpft sind und sich gegenseitig überlagern können (z.B. Verschuldung, psychische Belastungen und Probleme in der Partnerschaft). Daneben ist die Problematik der Kausalität mit dem Glücksspiel zu beachten.

Bei der Darstellung werden die Spieler/innen in die drei Gruppen «risikoarme Spieler», «problematische Spieler» und «pathologische Spieler» untergliedert. Die Verteilung erfolgt auf der Grundlage des dichotomisierten Lie/Bet-Screens, der in Anlehnung an die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 in die Befragung der gesperrten Spieler/innen aufgenommen wurde (vgl. hierzu ebenfalls Abschnitt 2.2.3). Die konkreten Fragen im Fragebogen werden jeweils unterhalb der Abbildungen aufgeführt. Die angeführten Vertrauensintervalle – Konfidenzintervalle 95%-Niveau (CI 95) - geben Grössenordnungen an und haben vor allem deskriptiven Charakter.

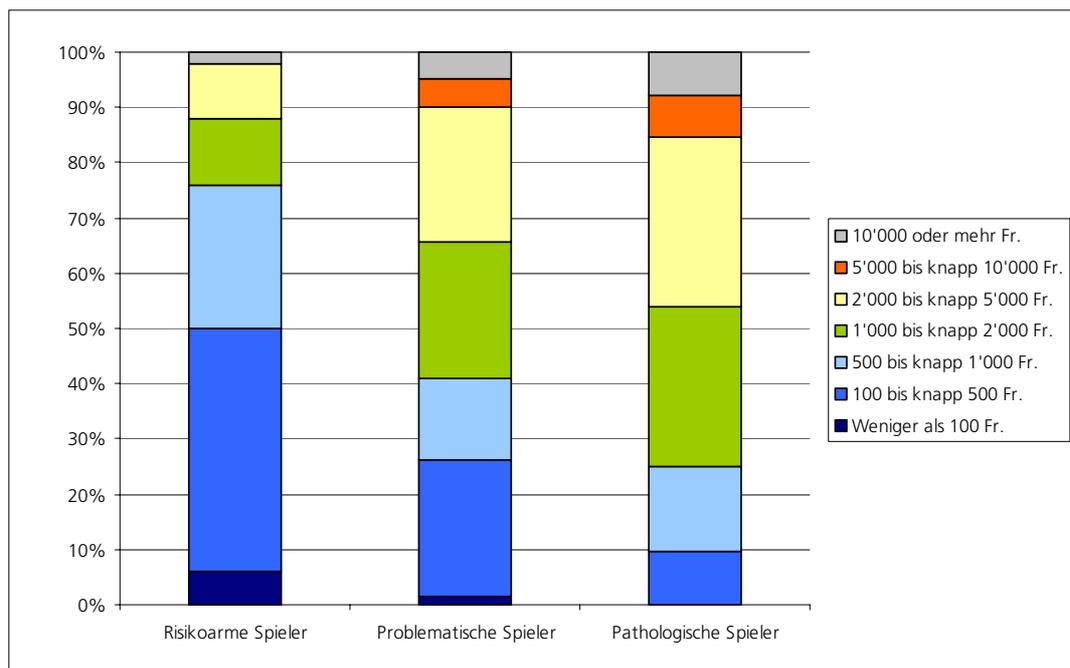
4.1 Finanzielle Situation und Verschuldung

Mit dem laufenden Einkommen ist ein «problematisches» oder «pathologisches» Spielverhalten auf Dauer kaum finanzierbar. Finanzielle Probleme und Schulden bei Kreditunternehmen, Angehörigen und anderen Stellen sind bei Personen mit Glücksspielproblemen daher häufig (vgl. Meyer/Bachmann 2005, 110). In der Befragung der gesperrten Spieler/innen wurden verschiedene Aspekte zur finanziellen Situation und Verschuldung erhoben.

Durchschnittlich verspieltes Geld

Abbildung 3 zeigt, wie viel Geld gemäss eigenen Angaben ein/e Spieler/in in einem durchschnittlichen Monat in den letzten 12 Monaten vor der Sperrung verspielt hat.

Abbildung 3: Verspieltes Geld in einem durchschnittlichen Monat in den letzten 12 Monaten



Frage: «Wie viel Geld haben Sie in einem durchschnittlichen Monat in den letzten 12 Monaten vor der Sperrung verspielt?»
 Quelle: Befragung der gesperrten Spieler/innen (n=50 / 61 / 52)

Aus der Abbildung geht hervor, dass die gesperrten Spieler/innen gemäss ihren Angaben in den letzten 12 Monaten vor der Sperrung relativ viel Geld in einem durchschnittlichen Monat verspielt haben. Errechnet man aus den Kategorien näherungsweise Mittelwerte, dann ergeben sich

- für risikoarme Spieler/innen 1'160 Fr. (CI 95: +/- 631 Fr.),
- für problematische Spieler/innen 2'521 Fr. (CI 95: +/- 862 Fr.)
- für pathologische Spieler/innen 3'385 Fr. (CI 95: +/- 1'078 Fr.)

Die Beträge scheinen relativ hoch auszufallen. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Befragten vor allem den Blick auf den Monat vor der Sperrung gerichtet haben und weniger – wie erfragt - auf einen Durchschnitt über die letzten 12 Monate. Deutlich wird jedoch, dass mit dem Schweregrad der Glücksspielproblematik der verspielte Betrag tendenziell zu.

Laut Aussagen der befragten Expert/innen verliert ein pathologischer Casino-Spieler vor der Sperrung rund 100'000 Fr., ein problematischer Casino-Spieler etwa 20'000 bis 30'000 Fr. Relativ gesehen, handle es sich bei einem pathologischen Spieler um ca. zwei Jahressaläre, bei einem problematischen Spieler um ein Monats- bis ein Jahressalär (vgl. auch den nachfolgenden Abschnitt). Der sich aus der Befragung ergebende durchschnittliche verspielte Betrag bei den risikoarmen Casino-Spieler/innen erscheint den Expert/innen als nicht zu hoch: Die risikoarmen Spieler/innen spielten gemeinhin mit rund 15 bis 20% ihres Monatssalärs. Dies entspreche etwa den Kosten für ein «teures Hobby». Grössere Unterschiede zwischen den Spieler/innen dürften nicht nur auf die unterschiedlich hohen pro Monat verspielten Beträge zurückzuführen sein, sondern auch auf die unterschiedliche Dauer der intensiven Spielphase.

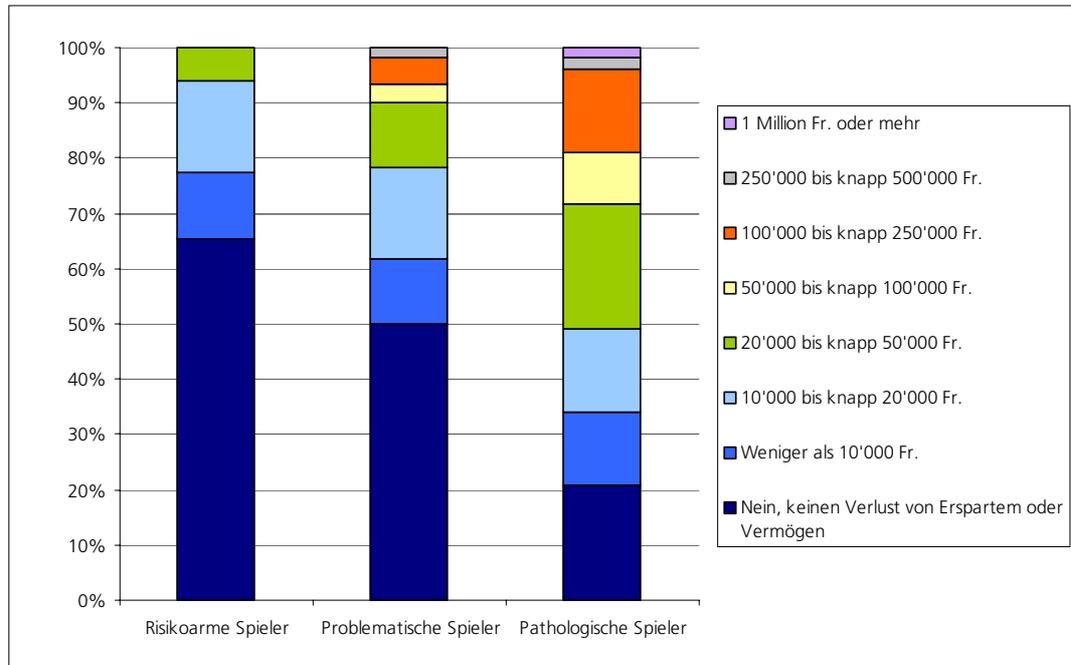
Verspielte Vermögenswerte und Ersparnisse

Neben dem laufenden Einkommen verspielen die Spieler/innen mit Glücksspielproblemen häufig Vermögenswerte oder Ersparnisse. In der Literatur wird dieser Aspekt eher weniger beachtet. Grundsätzlich handelt es sich bei den verspielten Vermögenswerten um individuelle private und nicht um soziale Kosten.

Allerdings ist zu bedenken, dass das angesparte Geld den betroffenen Spieler/innen und deren Familien nicht mehr für andere Zwecke (Kauf von langfristigen Gebrauchs- oder Investitionsgütern, Finanzierung von Ausbildungen für Kinder, Altersvorsorge etc.) zur Verfügung steht.

Abbildung 4 gibt eine Übersicht über die persönlichen Vermögen, die die befragten Spieler/innen verspielt haben, seit sie regelmässig ins Casino gegangen sind.

Abbildung 4: Verspielte Vermögenswerte oder Erspartes insgesamt (seit regelmässigem Casino-Spiel)



Frage: «Haben Sie neben dem laufenden Einkommen auch Vermögenswerte oder Erspartes verspielt? Wenn Sie an Ihr persönliches Vermögen denken: Wie viel Vermögen haben Sie insgesamt verspielt, seit Sie regelmässig ins Casino gehen?»

Anmerkung: Die Kategorie 500'000 bis knapp 1 Mio. Fr. wurde von keiner Person gewählt

Quelle: Befragung der gesperrten Spieler/innen (n=49 / 60 / 53)

Im Durchschnitt ergeben sich insbesondere für pathologische Spieler/innen recht hohe Beträge, wobei diese durch einzelne statistische Ausreisser stark streuen:

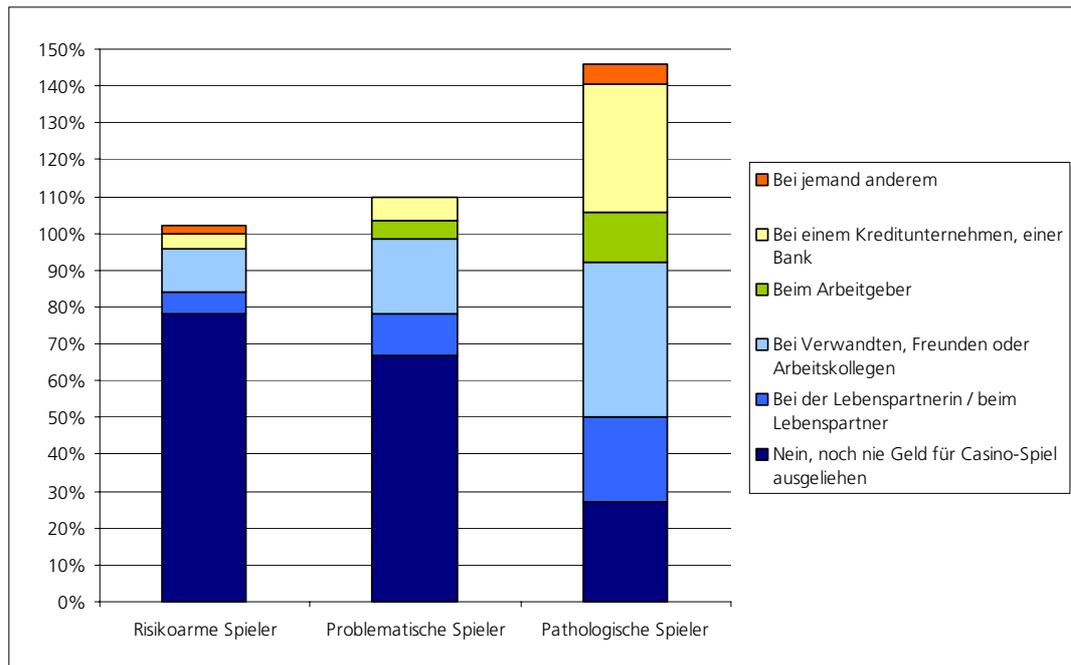
- für risikoarme Spieler/innen 5'204 Fr. (CI 95: +/- 2'718 Fr.),
- für problematische Spieler/innen 24'667 Fr. (CI 95%: +/- 15'711 Fr.),
- für pathologische Spieler/innen 75'000 Fr. (CI 95: +/- 49'761 Fr.)

Geld ausleihen

Ein problematisches oder pathologisches Glücksspielverhalten lässt sich über das laufende Einkommen und die Ersparnisse oft nicht mehr finanzieren. Meier/Bachmann betonen, dass Personen mit Glücksspielproblemen im Laufe ihrer Spielerkarrieren z.T. eine grosse Kreativität in der Erschliessung von Geldquellen entwickeln. Vor diesem Hintergrund wurden die Spieler/innen gefragt, ob sie sich für Ihr Casino-Spiel schon Geld bei Personen oder Stellen ausgeliehen haben (vgl. **Abbildung 5**).

Bei den risikoarmen Spieler/innen geben 78% an, dass sie sich für ihr Casino-Spiel noch nie bei Personen oder Stellen Geld ausgeliehen haben. Bei den pathologischen Spieler/inne beträgt dieser Anteil noch 27%. Vergleichsweise am häufigsten leihen die Spieler/innen bei Verwandten, Freunden oder Arbeitskollegen Geld aus.

Abbildung 5: Stellen, bei denen die Spieler/innen Geld für das Casino-Spiel ausgeliehen haben



Frage: «Haben Sie für Ihr Casino-Spiel schon einmal Geld bei Personen oder Stellen ausgeliehen?» (Mehrfachantworten)
Quelle: Befragung der gesperrten Spieler/innen (n=50 / 60 / 52)

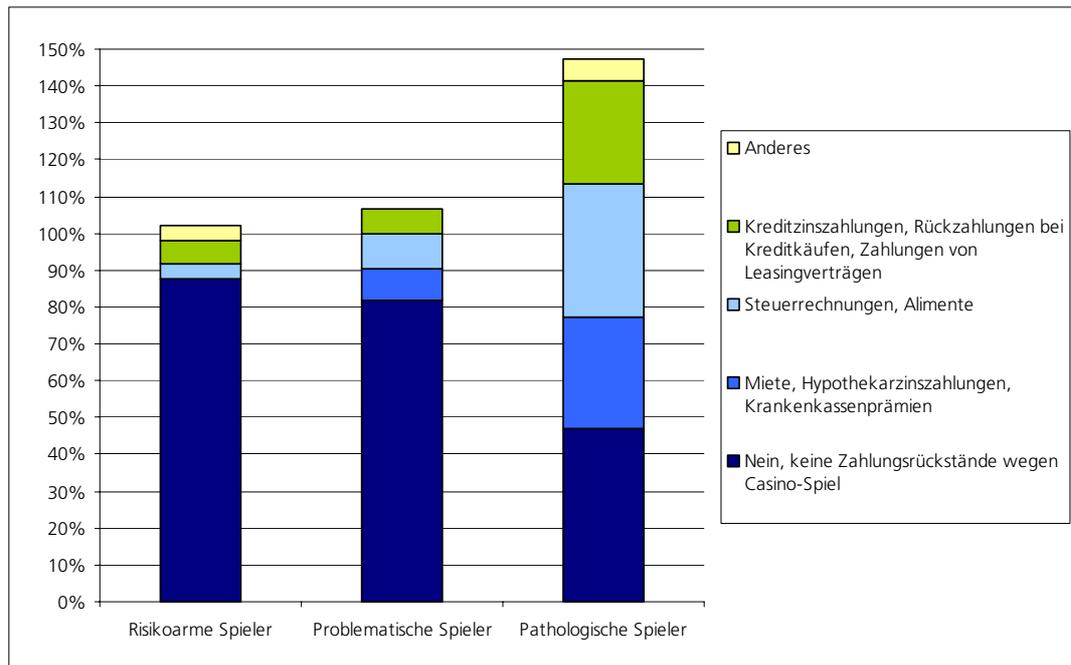
Ebenfalls ist aus der Grafik ersichtlich, dass mit dem Schweregrad des Glücksspielproblems die Anzahl der Stellen steigt, bei denen sich ein/e Spieler/in Geld ausleiht. So haben bei den risikoarmen Spieler/innen, die wenigen Personen, die bereits einmal Geld ausgeliehen hatten, jeweils nur rund eine ausleihende Stelle angegeben, die entsprechenden pathologischen Spieler/innen im Schnitt 1.6 Stellen.

Zahlungsrückstände

Ein weiterer Anhaltspunkt für finanzielle Schwierigkeiten von Spieler/innen können Zahlungsrückstände bei Miete, Krankenkassenprämien, Steuerrechnungen etc. sein.

In **Abbildung 6** sind die Stellen dargestellt, bei denen die Spieler/innen in Rückstand mit Zahlungen sind. Bei den risikoarmen Spieler/innen geben lediglich 12% an, dass bei ihnen zur Zeit Zahlungsrückstände vorkommen. Bei den problematischen Spieler/innen sind es 18%. Bei den pathologischen Spielern hingegen geben 53% an, dass sie aktuell mit Zahlungen im Rückstand sind. Dabei handelt es sich beim grössten Teil um Steuerrechnungen und Alimente (von 36% genannt), an zweiter Stelle stehen Mietzinsen, Hypothekarzinszahlungen, Krankenkassenprämien (von 30% genannt), oder Kreditzinszahlungen, Rückzahlungen von Kreditkäufen und Zahlungen für Leasingverträge (von 28% genannt). Auch hier steigt mit dem Schweregrad der Glücksspielproblematik bei den Personen mit Zahlungsrückständen die Anzahl der «Zahlungsrückstandsarten» (bei pathologischen Spieler/innen im Schnitt 1.9 Stellen).

Abbildung 6: Zahlungsrückstände wegen Casino-Spiel



Frage: «Sind Sie zur Zeit wegen dem Casino-Spiel mit Zahlungen im Rückstand?» (Mehrfachantworten)
 Quelle: Befragung der gesperrten Spieler/innen (n=49 / 61 / 53)

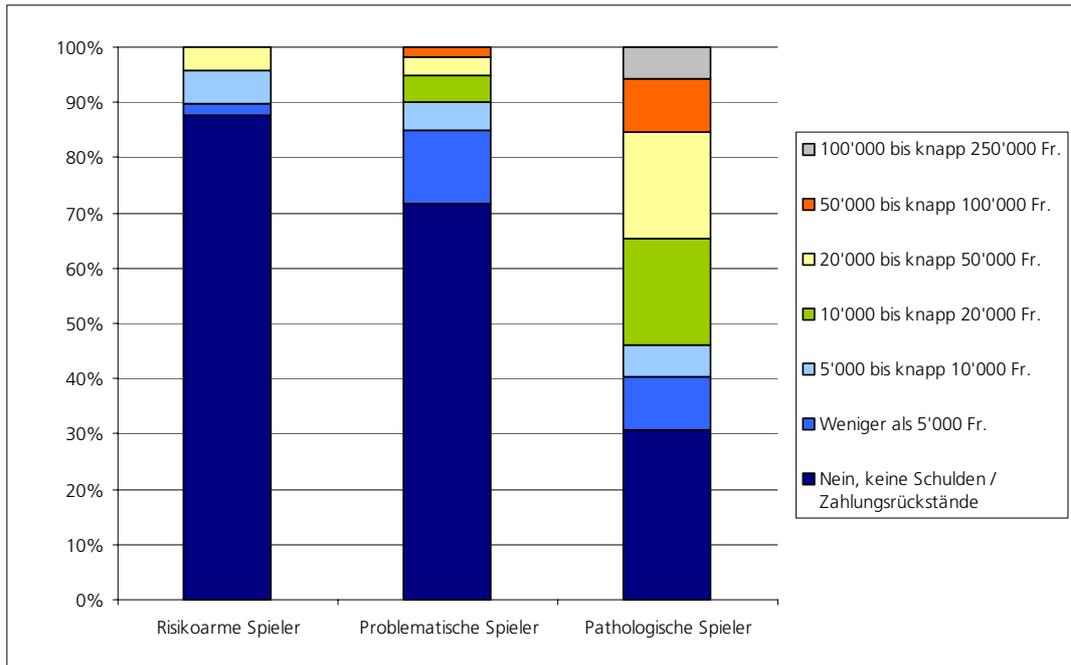
Verschuldung

Abbildung 7 schliesslich zeigt, inwieweit die Befragten sich aufgrund des Casino-Spiels verschuldet haben. Bei den risikoarmen Spieler geben nur 12% an, dass bei ihnen Zahlungsrückstände oder Schulden bestehen, der Gesamtbetrag liegt in der Regel unter 10'000 Fr. Bei den problematischen Spieler/innen finden sich 28% mit Zahlungsrückständen oder Schulden. Grossmehrheitlich liegt der Betrag noch unter 20'000 Fr. Ein anderes Bild zeigt sich bei den pathologischen Spieler/innen. Hier gibt mit über zwei Dritteln (69%) die Mehrheit an, dass bei ihnen Zahlungsrückstände oder Schulden vorliegen. Dabei handelt es sich relativ häufig um Beträge zwischen 20'000 und 50'000 Fr., bei einigen liegen die Beträge aber auch zwischen 100'000 und 250'000 Fr.

Werden über die Kategorien Durchschnittswerte (inkl. Nuller) gebildet, so ergeben sich folgende Grössenordnungen (wobei durch die vergleichsweise geringen Fallzahlen die Vertrauensintervalle breit ausfallen):

- für risikoarme Spieler/innen 1'939 Fr. (CI 95: +/- 2'048 Fr.),
- für problematische Spieler 3'875 Fr. (CI 95: +/- 3'021 Fr.),
- für pathologische Spieler/innen 27'596 Fr. (CI 95: +/- 12'022 Fr.)

Abbildung 7: Schulden und Zahlungsrückstände wegen Casino-Spiel insgesamt



Fragen: «Haben Sie zur Zeit wegen dem Casino-Spiel Schulden?», «Wie hoch sind zur Zeit Ihre Schulden und Ihre Zahlungsrückstände wegen dem Casino-Spiel?»

Quelle: Befragung der gesperrten Spieler/innen (n=49 / 60 / 52)

Die befragten Expert/innen geben an, dass aus ihrer Erfahrung ein pathologischer Casino-Spieler/eine pathologische Casino-Spieler/in vor der Sperrung rund 20'000 bis 30'000 Fr. Schulden anhäufe. Bei Personen mit problematischem Casino-Spiel wird geschätzt, dass diese rund 20% des verspielten Geldes über Schulden finanzieren, was etwa 4'000 bis 6'000 Fr entsprechen würde. Die pathologischen Casino-Spieler/innen, die sich in spezialisierten Behandlungseinrichtungen beraten lassen, würden eine relativ hohe durchschnittliche Verschuldungen aufweisen (Median von 50'000 Fr.). Auch höhere Verschuldungen von 100'000 Fr. seien hier nicht selten, insbesondere bei Personen in den Schuldenberatungsstellen.

Lohnpfändung

Bei insgesamt 6% (n=10) der Befragten kam es innerhalb der letzten 12 Monate zu einer Lohnpfändung. Dabei betraf dies in einem Fall eine Person, die mittels Lie/Bet als risikoarm kategorisiert wurde.

4.2 Arbeitsleistungen, Produktivitätsausfall

In Bezug auf die sozialen Kosten des Glücksspiels betrifft eine zentrale Frage, ob bei Personen mit Glücksspielproblemen die Arbeitsproduktivität beeinträchtigt ist.

Tabelle 14 zeigt einige sozio-professionelle Merkmale der im Rahmen der Studie befragten gesperrten Spieler/innen. Aus den Angaben in der Tabelle wird deutlich, dass sich die verschiedenen nach Schweregrad gruppierten Spieler/innen kaum nach **sozio-professionellen Merkmalen** unterscheiden. Über 80% der gesperrten Spieler/innen waren in den letzten 12 Monaten vor der Sperre (hauptsächlich) erwerbstätig. Dabei arbeitete der überwiegende Teil (88%) Vollzeit. Auch die beruflichen Positionen verteilen sich in etwa gleich auf die verschiedenen Kategorien. Der Grossteil arbeitet in einem Angestelltenverhältnis ohne Führungsfunktion (total 52%), gut ein Viertel (26%) im mittleren und unteren Kader.

Vergleicht man die Angaben aus der Spielerbefragung mit denjenigen der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung SAKE 2008 (www.bfs.admin.ch), dann liegt die Erwerbstätigenquote wie auch die Erwerbslosenquote der Spieler/innen gegenüber der Gesamtbevölkerung höher (SAKE: Erwerbstätig: 63%, Erwerbslos: 2%). Die Quote der Hausfrauen/-männer und Rentner (Alters- plus IV-Rentner) ist bei den Spieler/innen hingegen tiefer (SAKE: Hausfrauen/-männer: 6%, Rentner: 21%). Im Hintergrund dürften jedoch sowohl Geschlechter- wie Alterseffekte (SAKE erfasst u.a. Personen ab 15 Jahren) für die Unterschiede verantwortlich sein.

Auch in Bezug auf die höchste abgeschlossene Ausbildung sind kaum Differenzen gegenüber der Gesamtbevölkerung feststellbar (die SAKE 2008 weist hier folgende Verteilungen auf: Obligatorische Schule: 21%, Anlehre/Haushaltslehrjahr: 4%, Berufslehre/Vollzeit-Berufsschule: 40%, Diplommittelschule/Maturität/Lehrerseminar: 9%, Höhere Berufsausbildung: 12%, Universität/Fachhochschule: 14%).

Tabelle 14: Erwerbssituation, berufliche Stellung, Ausbildung und persönliches Bruttoeinkommen der gesperrten Spieler/innen

	Risikoarme Spieler	Problematische Spieler	Pathologische Spieler	Total
Erwerbssituation				
Erwerbstätig	82%	84%	81%	81%
Arbeitslos	4%	7%	4%	5%
In Ausbildung / Schule	4%	2%	4%	3%
Hausfrau/Hausmann	2%	0%	2%	1%
Im Altersruhestand, Altersrentner/in	4%	5%	8%	6%
IV-Rentner/in	4%	3%	2%	4%
Total	100%	100%	100%	100%
	(50)	(61)	(53)	(166)
Berufliche Stellung				
Selbständige/r	13%	12%	14%	13%
Lehrling, Praktikant/in	0%	2%	2%	2%
Aushilfe, Hilfskraft, Saisonarbeiter/in	5%	4%	2%	4%
Angestellt / Arbeiter/in ohne Führungsfunktion	49%	61%	44%	52%
Angestellt mit Führungsfunktion mittleres und unteres Kader	23%	20%	35%	26%
Angestellt oberes Kader / Geschäftsleitung / Direktion	10%	2%	2%	5%
Anderes	0%	0%	0%	0%
Total	100%	100%	100%	100%
	(39)	(51)	(43)	(133)
Höchste abgeschlossene Ausbildung				
Obligatorische Schule	21%	22%	25%	23%
Anlehre, 1 Jahr Handelsschule, Haushaltslehrjahr	2%	0%	0%	1%
Berufslehre oder Vollzeit-Berufsschule	45%	54%	35%	45%
Diplommittelschule, Matura, Lehrerseminar	9%	5%	13%	9%
Technikum, Höhere Fachschule (HTL/HWV), Höh. Fachausweis	11%	8%	13%	11%
Universität, Hochschule, Fachhochschule	11%	8%	12%	10%
Anderes	2%	2%	2%	2%
Total	100%	100%	100%	100%
	(47)	(59)	(52)	(159)
Persönliches monatliches Brutto-Einkommen				
Durchschnitt in Fr.	4'684	4'824	5'020	4'822
	(49)	(61)	(51)	(163)

Fragen: «Welches war in den letzten 12 Monaten Ihre hauptsächliche Erwerbssituation?», «In welcher beruflichen Position haben Sie in den letzten 12 Monaten hauptsächlich gearbeitet?», «Welches ist Ihre höchste abgeschlossene Ausbildung?», «Wie hoch ist ungefähr in den letzten 12 Monaten vor der Spielsperre Ihr persönliches monatliches Brutto-Einkommen (also Lohn, Rente, Einkommen aus Kapitalzinsen etc.)?»

Quelle: Befragung der gesperrten Spieler/innen (n=jeweils in Klammern)

Die in Tabelle 14 dargestellten Resultate stimmen gut mit den Aussagen der befragten Expert/innen überein. Diese geben an, dass in den Casinos «eine durchschnittliche Bevölkerung» anzutreffen sei, die überwiegend einer Erwerbstätigkeit nachgehe und durchschnittliche Löhne erwirtschaftete. Dies treffe auch auf die Personen mit Spielsperren zu. IV-Rentner/innen seien eher selten anzutreffen, Altersrentner/innen würden evtl. in der Romandie einen höheren Anteil von rund 10% am Gesamt der gesperrten Casino-Spieler/innen erreichen.

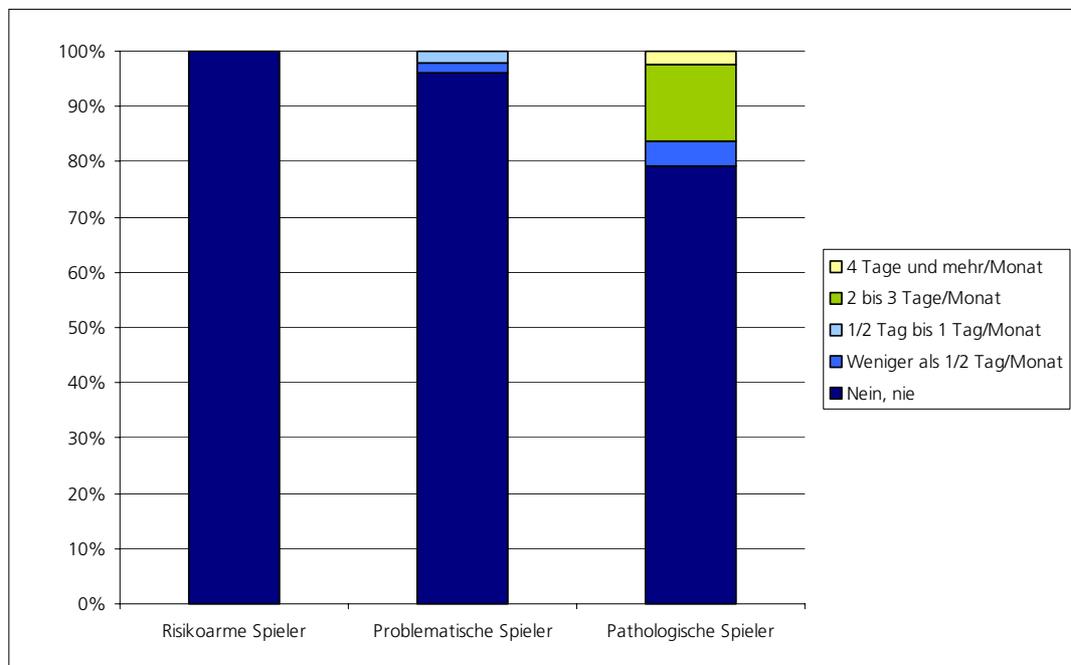
Aus seinen Erfahrungen mit Glücksspielsüchtigen in der stationären Therapie berichtete der begleitende Experte J. Petry, dass diese Personen oft über relativ gute Ausbildungen verfügen würden, dass sie aber durch die dauerhafte Suchterkrankung ihre guten Ausbildungen nicht in angemessene berufliche Positionen umsetzen könnten. Die Spieler/innen würden ihre Energie fürs Spielen verwenden und nicht für ihre Arbeit oder Karriere. In solchen Fällen führen allfällige hohe Ausbildungskosten nicht zu den entsprechenden Bildungsrenditen. Es entstehen volkswirtschaftliche Kosten im Sinne von Produktivitätsverlusten, Steuerausfällen etc. Betrachtet man die aus der Befragung gewonnenen Daten der gesperrten Spieler/innen, dann finden sich zwar Einzelfälle, die über einen Abschluss auf Sekundarstufe-2 (Maturität, Diplommittelschulabschluss, Lehrerseminar) oder auch auf Tertiär-Stufe (Technikum, Hochschule) verfügen und gleichzeitig eine relativ tiefe berufliche Position angeben. Insgesamt ergibt sich aber ein statistisch signifikanter positiver Zusammenhang (Cramers V: 0.4) zwischen den beiden Variablen. Auf der Grundlage der vorliegenden Befragungsdaten lässt sich die These der zu niedrigen Bildungsrenditen nicht verifizieren. Grundsätzlich wären hierzu Längsschnittdaten notwendig.

Fehlen am Arbeitsplatz und verminderte Produktivität

Zur Beurteilung der Beeinträchtigung der Arbeitsleistung von Casino-Spieler/innen durch das Glücksspiel wurden den (erwerbstätigen) gesperrten Spieler/innen im Rahmen der Erhebung mehrere Fragen gestellt.

Abbildung 8 zeigt, dass **Absenzen** am Arbeitsplatz durch das Casino-Spiel vorkommen, dass diese jedoch nur bei den pathologischen Spieler/innen ein höheres Ausmass erreichen. Bei den risikoarmen Spielern hat keiner (0%) angegeben, dass er wegen dem Casino-Spiel in den letzten 12 Monaten bei der Arbeit gefehlt hat. Bei den problematischen Spielern kam es bei 4% (n=2) und bei den pathologischen Spielern immerhin bei 21% (n=9) zu Absenzen. Dabei betrifft dies in der Mehrzahl eine Absenz von 2 bis 3 Tagen pro Monat.

Abbildung 8: Fehlen am Arbeitsplatz (in den letzten 12 Monaten) wegen dem Casino-Spiel



Frage: «Wenn Sie die letzten 12 Monate überblicken: Wie häufig haben Sie wegen dem Casino-Spiel schätzungsweise bei der Arbeit gefehlt?»

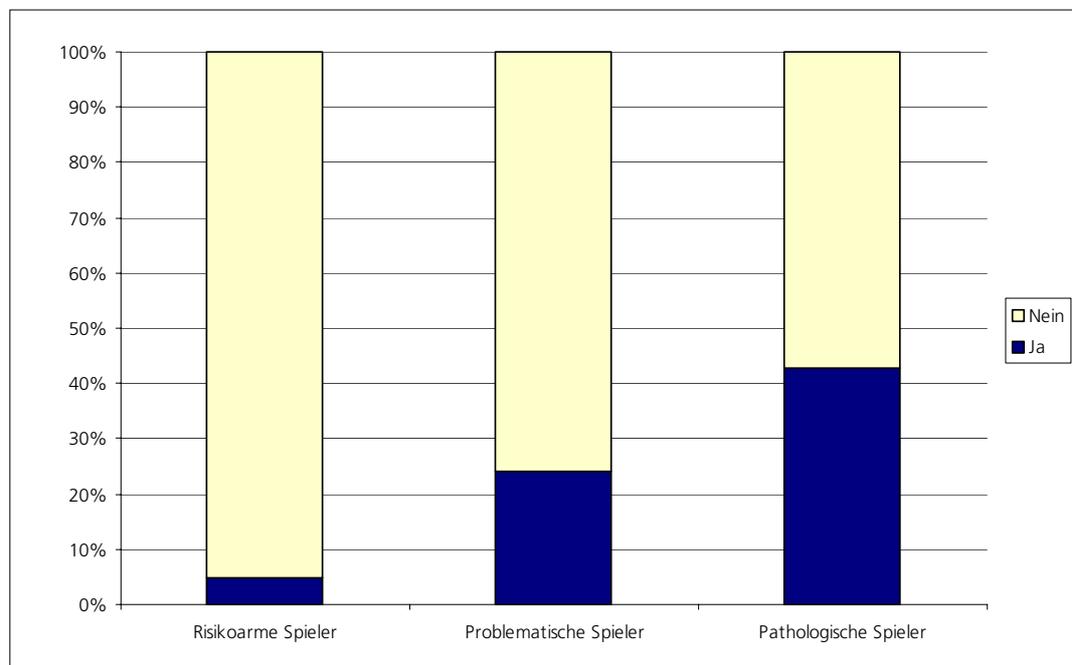
Quelle: Befragung der gesperrten Spieler/innen (n=41 / 51 / 43)

Werden im Hinblick auf die Kostenrechnungen Durchschnittswerte gebildet -durch die geringen Fallzahlen sind die Vertrauensintervalle breit -, dann ergeben sich:

- für risikoarme Spieler/innen 0 Tage pro Monat,
- für problematische Spieler 0.0196 Tage pro Monat (CI 95: +/- 0.0309),
- für pathologische Spieler/innen 0.5000 Tage pro Monat (CI 95: +/- 0.3765)

Auch wenn es zu keinen direkten Absenzen am Arbeitsplatz kommt, so kann es durch die Gedanken ans Casino-Spiel etc. zu einer **verminderten Arbeitsleistung** bzw. Produktivität kommen. Auf diese Problematik angesprochen, gaben 5% (n=2) der risikoarmen Spieler/innen an, dass sie wegen dem Casino-Spiel oder Gedanken daran an ihrer Arbeitsstelle schon einmal weniger produktiv gewesen seien. Nach Schweregrad der Glücksspielproblematik steigt der Anteil kontinuierlich an. Bei den problematischen Spieler/innen wurde die entsprechende Frage von 24% (CI 95: 13-38%) bejaht, bei den pathologischen von 43% (CI 95: 28-59%) (vgl. **Abbildung 9**).

Abbildung 9: Eindruck einer verminderten Produktivität wegen dem Casino-Spiel



Frage: «Ist es schon vorgekommen, dass Sie wegen dem Casino-Spiel oder wegen Gedanken daran an Ihrer Arbeitsstelle weniger produktiv gewesen sind?»

Quelle: Befragung der gesperrten Spieler/innen (n=41 / 50 / 42)

Die befragten Expert/innen berichten bei pathologischen Casino-Spieler/innen von häufigen konstanten Konzentrationsproblemen bei der Arbeit und auch von Verspätungen auf der Arbeitsstelle, die Probleme mit den Arbeitgebenden verursachen können. Das Denken ans Glücksspiel setze sich auf der Arbeit fort und beeinträchtigt Qualität und Quantität der Arbeit. Zudem würden Motivationsprobleme auftreten, und aufgrund von häufigen Schlafstörungen nehme die Leistungsfähigkeit ab. Bei Casino-Spieler/innen, die aufgrund ihres Glücksspielproblems eine Beratungsstelle aufgesucht haben, wird der Anteil mit eingeschränkter Produktivität noch etwas höher eingeschätzt (auf ca. 50% bei pathologischen Spieler/innen und auf ca. 33% bei problematischen Spieler/innen) als in Abbildung 9 dargestellt.

Aus explorativen Gesprächen im Vorfeld der Befragung und bisherigen Analysen (vgl. Künzi et al. 2004 zu Glücksspieler/innen in Beratung) ging hervor, dass Personen mit Glücksspielproblemen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung eine höhere Wahrscheinlichkeit haben, **arbeitslos** zu sein. Dabei dürfte es je nach

4 Individuelle und soziale Folgen

Situation schwierig sein, die Arbeitslosigkeit ausschliesslich auf das Glücksspiel zurückzuführen. Im Rahmen der Befragung wurde deshalb versucht, durch die Fragegestaltung eine direkte Verknüpfung der Arbeitslosigkeit mit dem Casino-Spiel herzustellen. Ein Indiz für Probleme am Arbeitsplatz können auch häufige **Arbeitsplatzwechsel** darstellen. Auch hierzu wurde eine entsprechende Frage in der Befragung der gesperrten Spieler/innen aufgenommen. In **Tabelle 15** sind die Angaben der Befragten zu den erwähnten Aspekten dargestellt.

Tabelle 15: Wechseln der Arbeitsstelle oder Arbeitslosigkeit (in letzten 12 Monaten) wegen Casino-Spiel

	Risikoarme Spieler	Problematische Spieler	Pathologische Spieler
Arbeitsstellenwechsel wegen Casino-Spiel			
Nein, nie	100%	98%	95%
Ja, einmal	0%	2%	0%
Ja, mehrmals	0%	0%	5%
Total	100% (41)	100% (50)	100% (43)
Arbeitslosigkeit wegen Casino-Spiel			
Ja	0%	2%	9%
Nein	100%	98%	91%
Total	100% (43)	100% (54)	100% (45)

Fragen: «Haben Sie wegen dem Casino-Spiel in den letzten 12 Monaten einmal oder mehrmals die Arbeitsstelle gewechselt bzw. wechseln müssen?», «Sind Sie in den letzten 12 Monaten wegen dem Casino-Spiel arbeitslos geworden?»

Quelle: Befragung der gesperrten Spieler/innen (n=jeweils in Klammern)

Wie aus Tabelle 15 hervorgeht, scheint das Problem des Arbeitsplatzwechsels von einer gewissen Bedeutung zu sein. Bei den pathologischen Spieler/innen geben 5% (n=2; CI 95: 0.6-16%) der Erwerbstätigen an, dass sie wegen dem Casino-Spiel bereits mehrmals ihre Stelle wechseln mussten. Wobei aber die kleinen Fallzahlen zu beachten sind. Auch das Problem einer durch das Casino-Spiel verursachten Arbeitslosigkeit scheint vor allem bei den pathologischen Spielern vorzukommen. Hier berichten 9% (CI 95: 2-21%) der Erwerbspersonen (Erwerbstätige und Arbeitslose), dass sie im letzten Jahr wegen dem Casino-Spiel arbeitslos geworden seien.

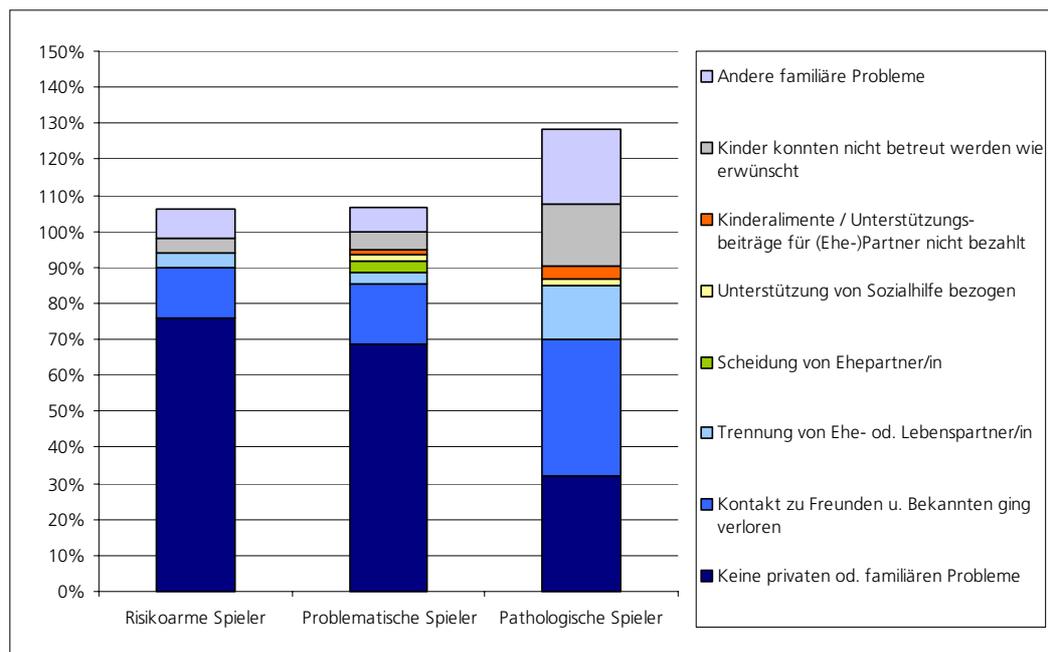
Laut den befragten Expert/innen bildet die Arbeit bzw. die Erwerbstätigkeit bei den Personen mit Glücksspielproblemen in der Beratung eine wichtige Ressource im Rahmen der Therapie. Die Erwerbsarbeit stelle für Casino-Spieler/innen einen zentralen Lebensbereich dar, der wenn immer möglich bewahrt werden müsse. Mit der Arbeit seien aber auch spezielle Risiken in Zusammenhang mit Glücksspielproblemen verbunden, so z.B. bei Personen, die in ihrer täglichen Arbeit mit Geldtransaktionen zu tun hätten. Hier sei die Versuchung einer glücksspielsüchtigen Person gross, Geld zu veruntreuen. Dieses Problem sei umso virulenter bei Personen mit grosser Autonomie in beruflichen Entscheidungen. Ebenso gross sei die Gefahr, dass Glücksspielsüchtige in entsprechenden beruflichen Positionen ihre Stelle verlieren würden.

4.3 Auswirkungen auf die Familie und das soziale Umfeld

Ein problematisches und insbesondere pathologisches Spielverhalten führt häufig zu einer starken Belastung der Familie und des sozialen Umfelds der Person mit Glücksspielproblemen. Dies kann bis zum Zerfall der Familienstrukturen führen. Die Ehe- oder Partnerschaft, das Verhältnis der Eltern zu den Kindern und die psychische Entwicklung der Kinder werden durch die finanziellen Probleme, durch Stressbedingungen und soziale Isolationstendenzen negativ beeinflusst. Lesieur/Custer (1984, hier nach Meyer/Bachmann 2005) schätzen, dass ein typischer Spielsüchtiger zwischen 10 und 15 Personen einschliesslich der Ehefrau, Kinder, Verwandten, Freunden und Arbeitgeber in Mitleidenschaft zieht.

Im Rahmen der Befragung gesperrter Spieler/innen wurde versucht, allfällige private oder familiäre Probleme zu erfassen, die durch das Casino-Spiel verursacht wurden (vgl. **Abbildung 10**).

Abbildung 10: Familiäre Probleme (in den letzten 12 Monaten) wegen dem Casino-Spiel



Frage: «Nachfolgend sind verschiedene familiäre Probleme aufgeführt. Hat das Casino-Spiel bei Ihnen in den letzten 12 Monaten ein solches Problem (mit)verursacht?» (Mehrfachantworten)

Quelle: Befragung der gesperrten Spieler/innen (n=50 / 61 / 53)

Wie aus Abbildung 10 hervorgeht, geben von den risikoarmen Spieler/innen 24% an, dass bei ihnen familiäre Probleme durch das Casino-Spiel (mit)verursacht wurden. Bei den pathologischen Spieler/innen beträgt der entsprechende Anteil 68%. Bei der Mehrzahl handelte es sich um Kontaktverluste zu Freunden und Bekannten. Bei den pathologischen und bei den problematischen Spieler/innen finden sich auch vergleichsweise häufig Partnerschaftsprobleme (Trennung/Scheidung). Entsprechende Probleme werden von 6% der problematischen und 15% der pathologischen Spieler/innen genannt. Eine Ehescheidung wurde von 2 Personen (3%) rapportiert. Relativ häufig litt auch die Kinderbetreuung unter dem Casino-Spiel (von 17% der pathologischen Spieler/innen genannt). Im Einzelfall (n=jeweils 1 bis 2 Person(en), 2-4%) kam es sowohl bei den problematischen wie auch den pathologischen Spieler/innen vor, dass Kinderalimente oder Unterstützungsbeiträge für (Ehe)Partner nicht bezahlt werden konnten oder dass Unterstützung von der Sozialhilfe bezogen werden musste. In der Kategorie andere familiäre Probleme wurden etwa aufgeführt: «allgemein geschädigte Beziehungen zu Ehepartner, Auseinanderleben», «häufiger Streit, Konflikte mit Partner/Freundin», «stetige Suche nach freiem Moment, um ins Casino zu gehen», «extreme Stimmungsschwankungen», «konnte Verwandte nicht besuchen im Ausland», «Isoliertheit», «allgemeine Geldnot».

Für die Kostenrechnungen werden die Verwaltungskosten im Bereich Scheidungen berücksichtigt. Die Verwaltungskosten für Sozialhilfebezug werden hingegen nicht miteinbezogen, da Sozialämter bereits als Beratungsinstitutionen berücksichtigt werden (vgl. Abschnitt 4.6). Aufgrund der Befragungsergebnisse wird von folgenden Anteilen ausgegangen:

- risikoarme Spieler/innen: bei 0% Kosten aufgrund Scheidungen,
- problematische Spieler/innen: bei 3% Kosten aufgrund Scheidungen (CI 95: 0.4-11%),
- pathologische Spieler/innen: bei 0% Kosten aufgrund Scheidungen.

Daneben werden im Bereich familiäre Probleme, die Produktivitätsverluste miteinbezogen, die durch die ausgefallene Kinderbetreuung entstehen. In der ersten Version des Fragebogens zur Befragung der gesperrten Spieler/innen, die von 85 Teilnehmenden ausgefüllt wurde, war neben der Frage, ob wegen dem

4 Individuelle und soziale Folgen

Casino-Spiel die Kinder nicht wie gewünscht betreut werden konnten, eine zusätzliche Frage platziert zum Umfang der ausgefallenen Kinderbetreuung. Aus den eingegangenen Antworten ergab sich ein Durchschnittswert von 3.7 Tagen pro Monat.²⁶ Aufgrund der Befragungsergebnisse ist demnach von folgenden Anteilen auszugehen:

- risikoarme Spieler/innen: bei 0% Kosten aufgrund ausgefallener Kinderbetreuung,
- problematische Spieler/innen: bei 5% Kosten aufgrund ausgefallener Kinderbetreuung (CI 95: 1-14%),
- pathologische Spieler/innen: bei 17% Kosten aufgrund ausgefallener Kinderbetreuung (CI 95: 8-30%).

Die befragten Expert/innen weisen darauf hin, dass es ein bekanntes Phänomen sei, dass ein Glücksspielproblem sich in der Regel zuerst auf die finanzielle Situation der Familie auswirke und dadurch einhergehend mit der grossen zeitlichen Belastung durch das Glücksspiel auch auf die Qualität der familiären Beziehungen. Viele Glücksspieler/innen berichteten beim Sperrungsgespräch resp. in der Beratung /Behandlung von Auseinandersetzungen mit der/dem (Ehe-)Partner/in wegen dem Casino-Spiel. Allerdings sei eine tatsächliche Scheidung/Trennung eher selten. Meist bestünden weiterhin verlässliche familiäre Beziehungen. Die Scheidung/Trennung werde von den betroffenen Partner/innen oft nur angedroht. Gerade der Schritt in die Beratung stelle für den Erhalt der Beziehungen eine wichtige vertrauensbildende Massnahme dar. Bestünden allerdings zu hohe Verschuldungen (wie bei Personen in Schuldenberatungsstellen), so seien Scheidungen/Trennungen jedoch wiederum recht häufig.

Weiter bestätigten die befragten Expert/innen die vernachlässigte Kinderbetreuung bei Personen mit Glücksspielproblemen. Auch sei die soziale Vereinsamung ein wichtiger Bestandteil der Glücksspielsucht. Zuerst werde gegenüber dem sozialen Umfeld ein Lügengebilde aufgebaut, um die Glücksspielprobleme zu verstecken. Diese Situation führe in eine Art Doppelleben. Damit gehe ein Vertrauensverlust einher, die Verantwortungsgefühle anderen Menschen gegenüber nähmen ab und auch die Fähigkeit zur Empathie schwinde. Schliesslich führe die Glücksspielsucht zu einem Rückzug aus dem sozialen Leben.

4.4 Gesundheitliche Belastungen

Die Glücksspielprobleme können mitunter zu gesundheitlichen Störungen führen. In der Literatur werden insbesondere depressive Verstimmungen erwähnt, in deren Rahmen es auch zu Suizidgedanken und -handlungen kommen kann. Nach Meyer/Bachmann (2006, 110) lässt sich bei pathologischen Spielern eine ähnlich hohe Suizidgefährdung wie allgemein bei Suchtkranken feststellen: «Sie sehen keinen Sinn mehr im Leben, wenn ihnen bewusst wird, dass ihre persönliche Existenz, familiäre Beziehungen sowie beruflichen und sozialen Bindungen zerstört sind.» Weiter haben im Bereich der «Suchterkrankungen» gemeinhin Mehrfachstörungen oder -abhängigkeiten eine grosse Bedeutung. So können Personen mit Glücksspielproblemen als vermeintliche Problemlöser Alkohol oder andere Substanzen einsetzen oder umgekehrt. In Zusammenhang mit gesundheitlichen Problemen resp. Komorbiditäten bildet die kausale Verknüpfung mit dem Glücksspiel eine grosse Schwierigkeit. Hat die Beeinträchtigung bereits vor den durch das Casino-Spiel verursachten Glücksspielproblemen bestanden?²⁷ Wie überall im Rahmen der Befragung

²⁶ Aus Gründen der Erhöhung des Rücklaufs bzw. der Kürzung des Fragebogens wurde im weiteren Verlauf der Befragung auf die präzisierende Frage nach dem Umfang der ausgefallenen Kinderbetreuung verzichtet.

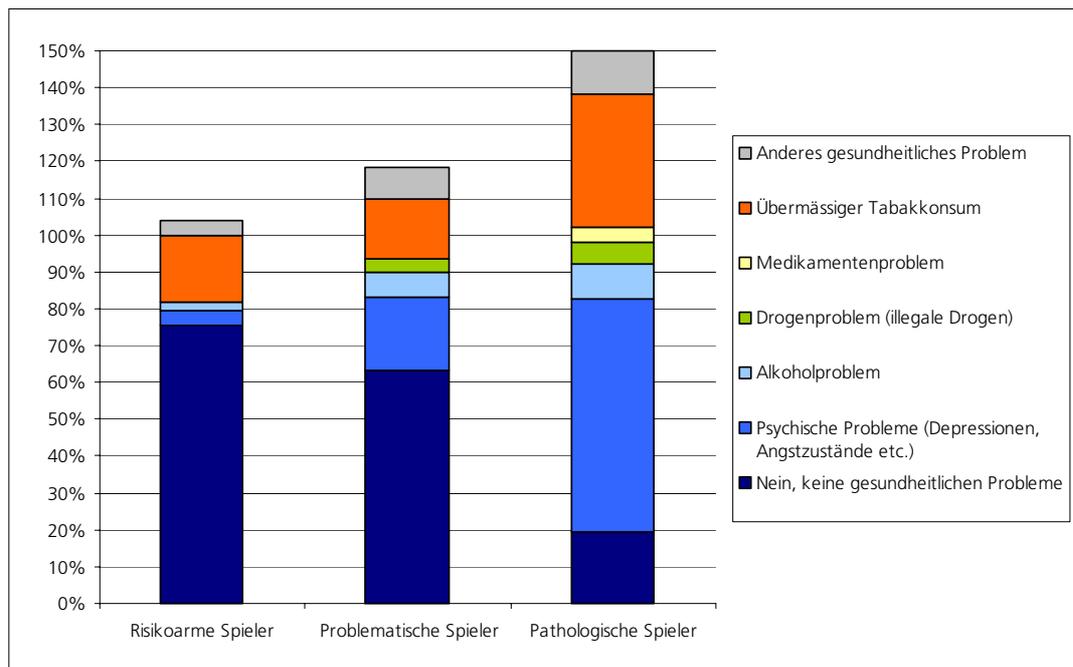
²⁷ Beispielsweise bilden Depressionen eine häufige Diagnose bei pathologischen Spielern. Sie können einerseits einer Spielsucht vorausgehen, andererseits aber erst als Folge glücksspielbedingter Probleme auftreten. Crockford/el-Guebly (1998) stellen vor allem Zusammenhänge mit Substanzmissbrauch und -abhängigkeit sowie der antisozialen Persönlichkeitsstörung, vorwiegend als Folge des Glücksspiels, fest. Hinsichtlich affektiver Störungen und Angststörungen gehen die Autoren eher von einer Komorbidität aus, bei der die Frage nach Ursache oder Folge weniger klar sei.

haben wir diese Kausalitätsbeziehung versucht herzustellen, indem bei jeder Frage explizit die Formulierung «verursacht bzw. ausgelöst durch das Casino-Spiel» angeführt wurde.

Gesundheitliche Probleme

Aus **Abbildung 11** wird deutlich, dass die von den Befragten aufgeführten gesundheitlichen Probleme nach Schweregrad des Glücksspielproblems zunehmen. Bei den über den Lie/Bet-Screen als risikoarm eingestuften Spieler/innen geben noch 76% an, dass das Casino-Spiel bei ihnen in den letzten 12 Monaten keine gesundheitlichen Probleme verursacht bzw. ausgelöst hat. Bei den als pathologisch eingestuften Spieler/innen schrumpft der Anteil ohne gesundheitliche Belastungen auf 19%. Generell häufig genannt wird über alle Kategorien hinweg ein «übermässiger Tabakkonsum» (bei risikoarmen Spieler/innen von 18% genannt, bei pathologischen Spieler/innen von 37%). Bemerkenswert ist, dass relativ viele problematische (20%) und insbesondere pathologische Spieler/innen (63%) angeben, dass sie durch das Casino-Spiel an psychischen Problemen (Depressionen, Angstzustände etc.) leiden. Auch die von den Befragten unter «Anderes gesundheitliches Problem» genannten Beispiele (Schlafstörungen, dauernde Nervosität etc.) können z.T. psychischen Problemen zugeordnet werden. Belastungen durch Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenprobleme scheinen demgegenüber eher weniger verbreitet zu sein (Alkoholprobleme werden von 7 bis 10% der problematischen oder pathologischen Spieler/innen aufgeführt).

Abbildung 11: Gesundheitliche Probleme (in den letzten 12 Monaten) wegen dem Casino-Spiel



Frage: «Nachfolgend sind verschiedene gesundheitliche Probleme aufgeführt. Hat das Casino-Spiel bei Ihnen in den letzten 12 Monaten ein solches Problem verursacht bzw. ausgelöst?» (Mehrfachantworten)
 Quelle: Befragung der gesperrten Spieler/innen (n=49 / 60 / 52)

Aus **Abbildung 11** geht zudem hervor, dass mit dem Schweregrad des Glücksspielproblems auch die Anzahl der angeführten gesundheitlichen Probleme (Komorbiditäten) ansteigt. So haben bei den risikoarmen Spieler/innen, die relativ wenigen Personen (24%, n=12), die angegeben haben, dass das Casino-Spiel bei ihnen ein gesundheitliches Problem verursacht hat, jeweils fast nur ein Problem (1.2) genannt, die entsprechenden pathologischen Spieler/innen (81%, n=42) hingegen im Schnitt 1.6 Probleme.

Laut Aussagen der befragten Expert/innen bestehen in vielen Fällen bei Personen mit Glücksspielproblemen gesundheitliche Probleme im psychischen Bereich. Besonders häufig seien Depressionen bzw. depres-

sive Verstimmungen, seltener auch Zwangsstörungen. Bei Personen in Beratung/Behandlung seien solche Komorbiditäten deutlich häufiger anzutreffen als bei Personen im Sperrungsgespräch. Bei letzteren kämen Komorbiditäten eigentlich nur bei problematischen und pathologischen Casino-Spieler/innen vor, nicht aber bei risikoarmen Casino-Spieler/innen – dies bestätigt sich weitgehend in den Befragungsergebnissen. Relativ oft fänden sich weitere substanzgebundene Abhängigkeiten. Die Expert/innen schätzen, dass rund zwei Drittel der Personen mit Glücksspielproblemen weitere andere psychische bzw. Suchtprobleme aufweisen würden. Bei Personen mit Glücksspielproblemen in Beratung/Behandlung hätten rund 90% eine Komorbidität. Die Experten merken dabei an, dass die verschiedenen Probleme in einer Wechselwirkung mit den Glücksspielproblemen stehen. Personen mit depressiven Verstimmungen seien gefährdeter, ein Glücksspielproblem zu entwickeln. Gleichzeitig würden vorher bestehende Probleme durch das Glücksspielproblem tendenziell verschlimmert. Laut den befragten Experten handelt es sich bei den süchtigen Casino-Spieler/innen generell um physisch gesunde Menschen mit einem Suchtmittelkonsum, der im üblichen Rahmen liege. Allerdings seien fast alle Casino-Spieler/innen mit Glücksspielproblemen Raucher.

Vor dem Hintergrund der Schwierigkeit einer ursächlichen Verknüpfung mit dem Glücksspielproblem verzichten wir darauf, in unsere Berechnungen Folgen von Komorbiditäten (z.B. gesundheitliche Folgen eines Tabak- oder Alkoholproblems) miteinzubeziehen. Eine Ausnahme bildet die Suizidalität.

Suizidalität

Aus zahlreichen Studien zu pathologischem Glücksspiel geht hervor, dass pathologische Spieler/innen erhöhte Raten von Selbstmordgedanken, Selbstmordversuchen und vollzogenen Suiziden aufweisen (vgl. z.B. Blaszczyński/Farell 1998). Vor diesem Hintergrund wurde in unserer Befragung eine entsprechende Frage nach Selbstmordgedanken, ausgelöst durch das Probleme mit dem Casino-Spiel, gestellt.

Abbildung 12 zeigt, dass sich auch bezüglich Selbstmordgedanken eine Übereinstimmung zwischen Häufigkeit und Schweregrad der Glücksspielproblematik nach Lie/Bet findet.

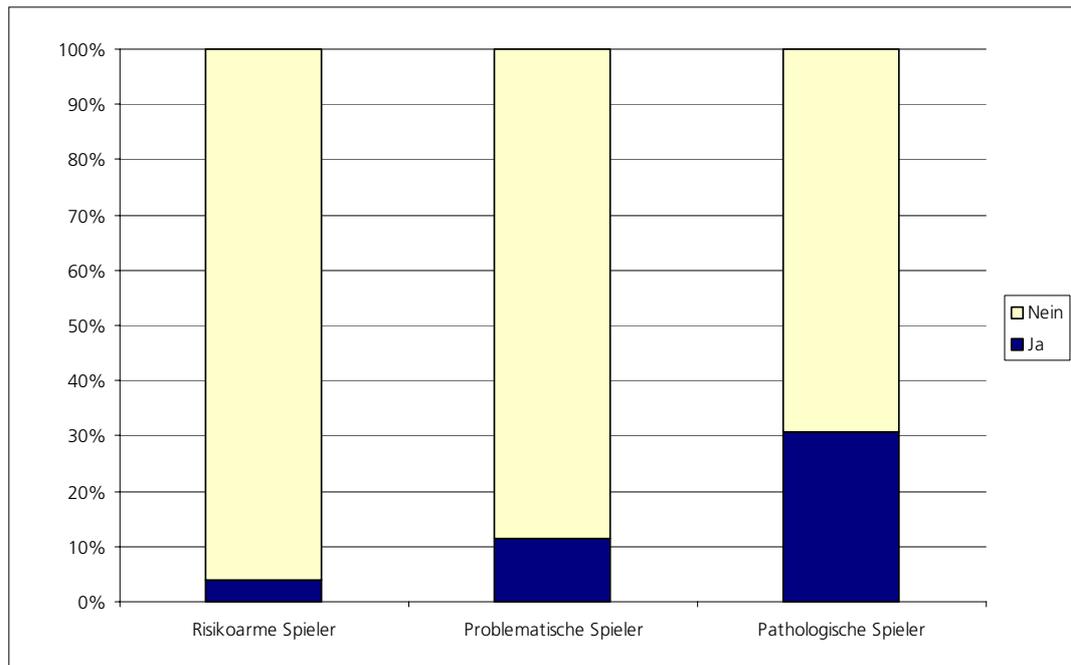
Bei den problematischen Spieler/innen geben 11% an, dass sie wegen Problemen mit dem Casino-Spiel bereits an Selbstmord gedacht haben, bei den pathologischen Spieler/innen steigt der Anteil auf 31%.

Generell ist dabei festzuhalten, dass die Erfassung von Suizidgedanken im Rahmen einer Befragung aus verschiedenen Gründen sehr schwierig ist (und in der Regel noch inkonsistenter als diejenige von Suizidversuchen).²⁸ Weiter ist, wie bereits erwähnt, die Frage der Kausalität zwischen den Selbstmordgedanken und dem Casino-Spiel oder den psychischen Störungen resp. Komorbiditäten allgemein mit Unsicherheiten verbunden.

Nach Ahrens/Freyberger (2002) weisen Menschen mit psychischen Störungen ein erhöhtes Sterblichkeitsrisiko auf, das u.a. auf ein erhöhtes Suizidrisiko, bei depressiven Störungen z.T. auch auf ein erhöhtes kardiovaskuläres Mortalitätsrisiko (u.a. durch Stressoreneffekte) zurückgeführt werden könne.

²⁸ Eine genaue Erfassung von Suizidgedanken oder Suizidversuchen ist schwierig. Beispielsweise war es in unserer Befragung nicht möglich, die «Gedanken» stärker zu operationalisieren (z.B. «vage Gedanken» vs. «ernsthafte Durchführungsgedanken» etc.). Anonyme schriftliche Befragungen können schon aufgrund kleiner Unterschiede in der Fragestellung zu stark divergierenden Resultaten führen. Befragungen zur Selbsteinschätzung ergeben zudem andere Werte als Analysen von dokumentierten Suizidversuchen, welche zu medizinischer Behandlung geführt haben (vgl. BAG 2005). Nicht zuletzt aus ethischen Überlegungen wurde davon abgesehen, im Rahmen der schriftlichen Befragung der gesperrten Spieler/innen weitere Ausdifferenzierungen und Konkretisierungen der Suizidproblematik zu erfragen.

Abbildung 12: Selbstmordgedanken wegen Problemen mit dem Casino-Spiel



Frage: «Haben Sie wegen Problemen mit dem Casino-Spiel schon an Selbstmord gedacht?»

Quelle: Befragung der gesperrten Spieler/innen (n=50 / 61 / 52)

In Bezug auf die Frage der indirekten Kosten (Produktivitätsausfälle aufgrund verlorener Lebensjahre) ist es entscheidend, inwiefern Selbstmordgedanken zu Suizidhandlungen oder zum vollendeten Suizid resp. Todesfällen führen. Hierzu müssen wir uns in der vorliegenden Studie primär auf Forschungsliteratur und Schätzungen abstützen.

Petry/Kiluk (2002) finden in einer US-amerikanischen klinischen Population von 342 pathologischen Spieler/innen (Erstkontakt bei Behandlungsstelle zu Glücksspielproblemen) 167 Spieler/innen mit Selbstmordgedanken (49%) und 58 (17%) mit rapportierten Selbstmordversuchen (in Lebenszeitbetrachtung). Nimmt man die beiden Anteile als Ausgangspunkt, so kann angenommen werden, dass bei einer «Inanspruchnahmepopulation» von den Personen mit Selbstmordgedanken 35% einen Suizidversuch rapportieren (vgl. auch Hodgins et al. 2006). Für die Schweiz liegt eine Studie des Centre du Jeu Excessif (CJE) vor, die zu ähnlichen Grössenordnungen kommt (vgl. Luongo et al. 2008). Bei einer Population von 228 Personen in Behandlung weisen rund 46% Selbstmordgedanken auf (=Summe aus Personen mit Gedanken und mit effektiven Versuchen) und 14% einen Selbstmordversuch. Dies ergibt einen Anteil von 31% von Personen, die einen Suizidversuch rapportieren, an denjenigen mit Suizidgedanken. Anzumerken ist dabei, dass gemäss der CJE-Studie nur bei 56% der Personen mit rapportiertem Selbstmordversuch eine direkte Verbindung mit dem Glücksspiel besteht. Die Autoren gelangen zusammenfassend zum Schluss, dass Suizidalität ein grosses Problem bei exzessiven Spieler/innen darstelle.

Ein Suizidversuch gilt immer noch als stärkster Vorhersagefaktor für einen weiteren Suizidversuch oder einen vollendeten Suizid, auch wenn das Suizidrisiko nach einem Versuch im Zeitverlauf abnimmt. Nach einer finnischen Kohortenstudie (Suominen et al. 2004) hatten beispielsweise 13 von 98 Personen (13%), die wegen eines Suizidversuchs hospitalisiert wurden, innerhalb der nachfolgenden 37 Jahre einen Suizid vollzogen. Gemäss der breit angelegten, ebenfalls finnischen Studie von Haukka et al. (2008), in der 18'199 Hospitalisierungen wegen Selbstmordversuch untersucht wurden, ist ein Suizidversuch 10- bis 40-mal häufiger als ein vollendeter Suizid. Insgesamt beziffern Haukka et al. in ihrer Arbeit das Risiko eines

vollendeten Suizids nach einem Selbstmordversuch mit 10%. Eine ähnliche Grössenordnung findet sich bei Emminger/Kia (2007, 2'144) für Deutschland. Die Rate ernsthafter Suizidversuche liege um den Faktor 10 bis 15 über derjenigen der ausgeführten Suizide, wobei genaue Erkenntnisse aufgrund der hohen Dunkelziffern sehr schwierig seien. Schätzungen des Bundesamts für Gesundheit (BAG 2005) für die Schweiz, deren Suizidrate im internationalen Vergleich als hoch gilt, gehen von jährlich 20'000 bis 25'000 Suizidversuchen aus. Das Bundesamt für Statistik (BFS Todesursachenstatistik) beziffert die Anzahl Sterbefälle durch Suizid 2007 mit 1'360 (920 Männer, 440 Frauen). Wie in den anderen Ländern ist die Suizidrate bei den Männern deutlich höher als bei den Frauen. Die erwähnten Schätzungen zu Suizidversuchen in der Schweiz liegen damit um den Faktor 15 bis 18 über den statistisch festgehaltenen Suizidfällen.

In einer grossen kanadischen Studie mit einer Stichprobe von 36'984 Personen (Canadian Community Health Survey 2002) ermittelte Newman/Thompson (2007) eine allgemeine Rate von Personen, die angeben, in den letzten 12 Monaten einen Selbstmordversuch unternommen zu haben, von 0.52%.²⁹ Bei den Personen, die in diesem Survey mittels SOGS als pathologische Spieler/innen identifiziert wurden, ergab sich eine gegenüber der Gesamtpopulation rund 8-fach höhere Selbstmordversuchsrate von 4.26% (CI 95: 2.18 – 8.16%).

In der ersten Version des Fragebogens zur Befragung der gesperrten Spieler/innen war - analog zur Frage in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 - neben der Frage zu Selbstmordgedanken auch noch eine Frage zu einem Selbstmordversuch gestellt worden. Von den 85 antwortenden gesperrten Spieler/innen, die in ihrem Fragebogen noch diese Zusatzfrage hatten, erwähnten insgesamt 12 (14%) Personen Selbstmordgedanken wegen dem Casino-Spiel. Von diesen 12 wiederum gab schliesslich 1 Person an, dass sie bereits einen Selbstmordversuch wegen dem Casino-Spiel unternommen habe.³⁰ In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 hatte lediglich 1 Person bei der Frage nach «negativen Auswirkungen des Glücksspiels in den letzten 12 Monaten» - von den insgesamt 45 Personen, die hier überhaupt eine Angabe machten - die Antwortmöglichkeit «Selbstmordversuch» genannt.

Versuchen wir, die Angaben aus den erwähnten Studienresultaten auf die Ergebnisse aus der Befragung der gesperrten Spieler/innen zu übertragen, so können folgende Aspekte berücksichtigt werden, wobei wir uns aufgrund der konsultierten Forschungsliteratur nur auf die als pathologisch identifizierten Spieler/innen beziehen:

■ Der Anteil pathologischer Spieler/innen, die Selbstmordgedanken angeben, liegt in unserer Studie bei 31% (n=16; CI 95: 19-45%). Gemäss der Untersuchung von Petry/Kiluk (2002) wäre damit zu rechnen, dass von den pathologischen Spieler/innen mit Selbstmordgedanken 35% einen Selbstmordversuch rapportieren, was bei unserer Stichprobe n=5.6 ergäbe. Festzuhalten ist jedoch, dass sich die Studie von Petry/Kiluk auf pathologische Spieler/innen bezieht, die eine Behandlungsstelle aufsuchen – eine klinische Population, die mit unserer Befragungspopulation nicht direkt zu vergleichen ist. Die Studienergebnisse von Newmann /Thompson (2007), wonach in einer Bevölkerungsbefragung 4.26% der pathologischen Spieler/innen einen Selbstmordversuch angeben, bieten eine konservativere Grundlage. Übertragen auf unsere Studienpopulation mit 52 als pathologisch identifizierte Spieler/innen ergäbe dies n=2.2 mit rapportiertem Selbstmordversuch.

■ Für unsere Kostenüberlegungen stützen wir uns auf die Schätzungen des BAG (2005) zu Suiziden in der Schweiz, auf die Studie von Newmann/Thompson (2007) und auf die Schweizerische Gesundheitsbefra-

²⁹ Gemäss Newmann/Thompson ist diese Rate höher als diejenige, die aus administrativen Daten gewonnen wird. Dies liegt u.a. auch daran, dass die Befragten selbst definieren konnten, was als «Selbstmordversuch» gilt.

³⁰ Aus Gründen der Erhöhung des Rücklaufs und der geringen erreichten Antwortrate wurde im weiteren Verlauf der Befragung auf die Frage nach dem Suizidversuch verzichtet.

gung 2007 und verwenden eine konservative Schätzung: Nach Schätzungen des BAG ist in der Schweiz mit 20'000 bis 25'000 Selbstmordversuchen zu rechnen (Mittel: 22'500). Bezogen auf die Bevölkerung ab 15 Jahren (SGB 2002: 5'721'906 Personen) ergäbe das eine Rate von 0.39%. Diese Schätzung liegt damit unter derjenigen von Newman/Thomson mit 0.52%. Gehen wir davon aus, dass analog zur kanadischen Studie bei den als pathologisch identifizierten Spieler/innen mit einer um 8-fach höheren Rate zu rechnen ist, erhalten wir für die Schweiz bei dieser Spielerpopulation eine geschätzte Rate von 3.12% (0.39×8). Gemäss SGB 2007 ist in der Schweiz mit hochgerechnet 6'095 pathologischen Casino-Spieler/innen zu rechnen (CI 95: 1'721 – 10'469) (vgl. Abschnitt 3.3). Unter Berücksichtigung der geschätzten Rate von 3.12% wäre demnach in der Schweiz mit 190 pathologischen Spieler/innen zu rechnen, die einen Selbstmordversuch rapportieren. Unterstellen wir nun auf der Grundlage der oben erwähnten Studien dass jeder 15. Suizidversuch tödlich ausgeht, dann erhalten wir hochgerechnet rund 13 Suizidfälle von pathologischen Casino-Spieler/innen pro Jahr. Eingedenk der sehr schwierig herzustellenden Kausalität schlagen wir vor, für die Kostenrechnungen diese Zahl zu halbieren. Damit wäre in der Schweiz pro Jahr mit 6.5 Todesfällen zu rechnen, die in Zusammenhang mit dem Casino-Spiel stehen.

Wie leicht ersichtlich ist, ist unsere Schätzung mit vielen Unsicherheiten verbunden. Aufgrund der konsultierten Forschungsliteratur wäre es aus unserer Sicht jedoch falsch, die Kosten der Suizidalität in Zusammenhang mit pathologischem Glücksspiel in einer Kostenrechnung völlig unberücksichtigt zu lassen (wir stützen uns dabei u.a. auf die Studie der Productivity Commission 1999). Vor dem Hintergrund der Erhebungs- und Kausalitätsprobleme schlagen wir eine konservative Schätzung vor, ein Vorgehen, das uns bei unserer Studie, bei der es um eine Abschätzung von Grössenordnungen geht, als vertretbar erscheint.

Wir gehen für die Kostenrechnungen von folgenden Annahmen aus:

- risikoarme Spieler/innen: bei 0% Kosten aufgrund Suizid,
- problematische Spieler/innen: bei 0% Kosten aufgrund Suizid,
- pathologische Spieler/innen: bei 0.107% Kosten aufgrund Suizid (6.5 von 6'095).

Gemäss den befragten Expert/innen sind Suizidgedanken unter problematischen und pathologischen Casino-Spieler/innen weit verbreitet. In Bezug auf eine Population in Behandlung wird angegeben, dass rund 80% Suizidgedanken aufweisen. Suizidversuche seien hingegen wesentlich weniger häufig. Gewisse Expert/innen haben noch keinen Suizidversuch unter ihren Klient/innen erlebt. Andere berichten, dass ihnen aus psychiatrischen Universitätskliniken bereits mehrere Fälle von vollendeten Suiziden in Zusammenhang mit Glücksspielsucht bekannt seien. Keine/r der Expert/innen bestreitet zumindest einen gewissen Zusammenhang zwischen Glücksspielsucht, häufigeren Suizidgedanken und -versuchen. Dabei wird auch erwähnt, dass der Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von Suizidgedanken und -versuchen bei der Glücksspielsucht eventuell weniger stark ausgeprägt sei als bei psychischen Erkrankungen. Für eine quantitative Einschätzung verweisen die Expert/innen auf die Forschungsliteratur, da das Phänomen relativ selten sei. Würde es sich um ein Phänomen grösseren Ausmasses handeln, so wären entsprechende Zahlen laut den Expert/innen bekannt.

Invalidität

Eine Frage im Bereich gesundheitliche Folgen betrifft auch diejenige, ob die Glücksspielprobleme derart gravierend sind, dass sie in die Invalidität führen. Die gesetzliche Regelung sieht vor, dass eine alleinige Suchtdiagnose nicht als Grund für eine Invalidenrente ausreicht. Es ist jedoch davon auszugehen, dass pathologisches Glücksspielverhalten in Verbindung mit psychischen Störungen (chronischen Komorbiditäten) zu einer Invalidenverrentung führen kann. Vor diesem Hintergrund wurden die gesperrten Spieler/innen in der Befragung gefragt, ob sie wegen gesundheitlichen Problemen in Zusammenhang mit dem

Casino-Spiel eine IV-Rente erhalten.³¹ Von den 163 antwortenden Personen wurde die Frage von 1 Person (0.6%) bejaht. Allerdings ergeben sich bei dieser Person teilweise Inkonsistenzen im Antwortverhalten, die evtl. auf sprachliche Schwierigkeiten bei gewissen Fragen zurückzuführen sind. Vor diesem Hintergrund sowie der erwähnten Probleme beim Kausalitätsnachweis verzichten wir darauf, diese Angabe zum IV-Rentenbezug für unsere Kostenschätzungen zu verwenden.

4.5 Beschaffungskriminalität

Die zum Teil illegale Beschaffung finanzieller Mittel für das Glücksspiel ist ein charakteristisches Merkmal von Personen mit Glücksspielproblemen. Dies geht aus zahlreichen klinischen Studien zu pathologischen Spielern aus Behandlungseinrichtungen oder Selbsthilfegruppen hervor, wo ein hoher Prozentsatz berichtet, strafbare Handlungen begangen zu haben. Laut Meyer/Bachmann (2005) variiert der Anteil zwischen 35% und 90%, wenn die Daten auf Selbstdarstellungen beruhen und zwischen 13% und 48% wenn objektive Kriterien wie Strafverfolgungsverfahren oder Inhaftierungen zu Grunde gelegt werden. Das delinquente Verhalten von Personen mit Glücksspielproblemen sei in der Regel nicht gewalttätig und bestehe vorwiegend aus Eigentumsdelikten. Häufig würden dabei von den betroffenen Spieler/innen Diebstahls- oder Veruntreuungsdelikte als «vorübergehendes Ausleihen» oder Familienbesitz als persönliches Eigentum aufgefasst.³²

Aus unserer Studie von 2004 (Künzi et al. 2004, 171) ging hervor, dass 15% der Glücksspieler/innen in Beratung in ein Strafverfahren verwickelt waren, das durch das Glücksspiel (mit)verursacht wurde. Bei den Delikten handelte es sich mehrheitlich um Veruntreuung, Unterschlagung, Betrug (56%). Ein Drittel war in ein Verfahren wegen Gelddiebstahl oder Einbruch verwickelt. Bei 10% wurden andere Delikte (z.B. Drogenhandel) erwähnt.

In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 hat lediglich 1 Person (2.2%) bei der Frage nach «negativen Auswirkungen des Glücksspiels in den letzten 12 Monaten» - von den insgesamt 45 Personen, die hier eine Angabe machten - die Antwortmöglichkeit «Strafrechtliche Klage» genannt.

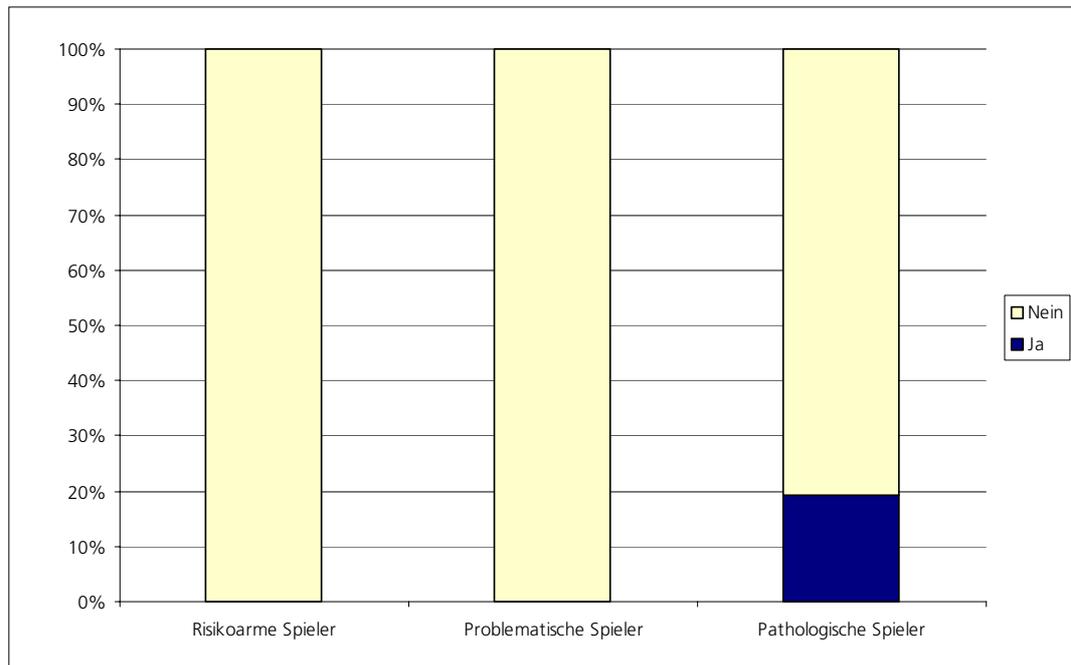
Im Rahmen der Befragung gesperrter Spieler/innen wurde ebenfalls die Frage nach illegalen Handlungen in Zusammenhang mit dem Casino-Spiel gestellt (vgl. **Abbildung 13**). Aufgrund der heiklen Angaben wurde auf eine weitere Differenzierung nach der Art der Handlung und der Verwicklung in ein Strafverfahren verzichtet.³³ Gemäss eigenen Angaben finden sich nur unter den pathologischen Spieler/innen Personen, die in den letzten 12 Monaten wegen dem Casino-Spiel «illegale Handlungen» begangen haben, wobei der Anteil immerhin 19% beträgt.

³¹ Frage: «Bekommen Sie wegen gesundheitlichen Problemen in Zusammenhang mit dem Casino-Spiel eine IV-Rente?»

³² Massive Kosten durch Kriminalität in Zusammenhang mit den Casinos bzw. dem Problem pathologischer Spieler ermittelt z.B. Grinols/Mustard (2000/04) für die USA in den 1990er Jahren. Die Autoren berechnen u.a., dass 8% der beobachteten kriminellen Handlungen in einer Region mit den Casinos verknüpft seien. Studien bei Selbsthilfegruppen würden auch zeigen, dass bei bis zu 80% der teilnehmenden Glücksspielern illegale Handlungen vorkämen und 23% in ein Strafverfahren verwickelt seien (2000, 4).

³³ In der ersten Version des Fragebogens wurden entsprechende Differenzierungen noch vorgenommen. Die Befragungsteilnehmenden liessen die differenzierenden Fragen jedoch sehr häufig leer. Von 85 Teilnehmenden machten lediglich 4 Personen (4.7%) genauere Angaben zur Art der illegalen Handlung, 1 Person gab an (1.2%), in ein Strafverfahren verwickelt zu sein (Diebstahl).

Abbildung 13: «Illegale Handlungen» (in den letzten 12 Monaten) in Zusammenhang mit dem Casino-Spiel



Frage: «Haben Sie in den letzten 12 Monaten „illegale Handlungen“ begangen, die mit dem Casino-Spiel in Zusammenhang stehen (z.B. um das Casino-Spiel zu finanzieren oder um Schulden zu begleichen?)»
 Quelle: Befragung der gesperrten Spieler/innen (n=50 / 60 / 52)

Aufgrund von Studienergebnissen (nach Meyer/Bachmann 2005) nehmen wir bei rund der Hälfte der Fälle Verfahrenskosten für ein Strafverfahren an.

Für unsere Kostenrechnungen gehen wir damit von folgenden Annahmen aus:

- risikoarme Spieler/innen: bei 0% Verfahrenskosten für Strafverfahren,
- problematische Spieler/innen: bei 0% Verfahrenskosten für Strafverfahren,
- pathologische Spieler/innen: bei 9% Verfahrenskosten für Strafverfahren (CI 95: 3-21%).

Die befragten Expert/innen anerkennen einen Zusammenhang zwischen Glücksspielsucht und Kriminalität, wobei dieser oft versteckt sei und auch in der Beratung/Behandlung meist nicht sofort zu Tage trete. So gäben z.B. sehr wenige Personen im Gespräch mit Sozialkonzeptverantwortlichen der Casinos kriminelle Handlungen an. Der im Rahmen der Befragung festgestellte Anteil von pathologischen Casino-Spieler/innen, die aufgrund der Glücksspielsucht kriminelle Handlungen begangen haben (19%), scheint mit dem von einigen Expert/innen beobachteten Anteil in der Population der behandelten Glücksspielsüchtigen übereinzustimmen. Andere Expert/innen sehen in ihrer behandelten Population einen geringeren Anteil von etwa 5%. Einig sind sich die Expert/innen darin, dass die Kriminalität eine Erscheinung ist, die mit der Zuspitzung der finanziellen Not auftritt. Dabei handle es sich meistens um finanzielle Delikte am Arbeitsplatz. Kriminelle Handlungen würden dann häufiger bei Personen mit entsprechendem Zugriff auf finanzielle Ressourcen vorkommen. Die Delikte würden nicht aus einem Bereicherungsmotiv begangen, sondern häufig mit der Absicht, Schulden zu begleichen oder die Glücksspielsucht verstecken zu können.

4.6 Beanspruchung von Beratung und Behandlung

Wie die ESBK in ihrer auf der Gesundheitsbefragung 2007 basierenden Prävalenzstudie festhält (ESBK 2009, 32), gab in der SGB praktisch niemand an, in Zusammenhang mit Spielproblemen Hilfe gesucht zu haben. Insgesamt machten nur 11 Personen eine entsprechende Aussage (14 Nennungen). Von einigen wenigen Personen wurde der allgemeine Arzt/die allgemeine Ärztin (5) oder ein stationärer Aufenthalt (4) genannt. Daneben finden sich nur Einzelnennungen (je n=1): auf Suchtproblematik spezialisierte Institutionen, Freunde oder Bekannte, Beratungsstelle/Sozialdienst, Psychologe/in oder Psychotherapeut/in und Psychiater/in. Nicht genannt wurden Selbsthilfegruppe, Schuldenberatungsstelle und die Kategorie «andere». 150 Personen, die die Frage ebenfalls beantworteten, gaben an, keine Behandlung in den letzten 12 Monaten gehabt zu haben. Der Prozentsatz von Personen mit Glücksspielproblemen, die angeben in institutioneller Behandlung zu sein, beträgt damit rund 10 von 160 bzw. 6.25% bei jeweils rund 1.3 beanspruchten Stellen.

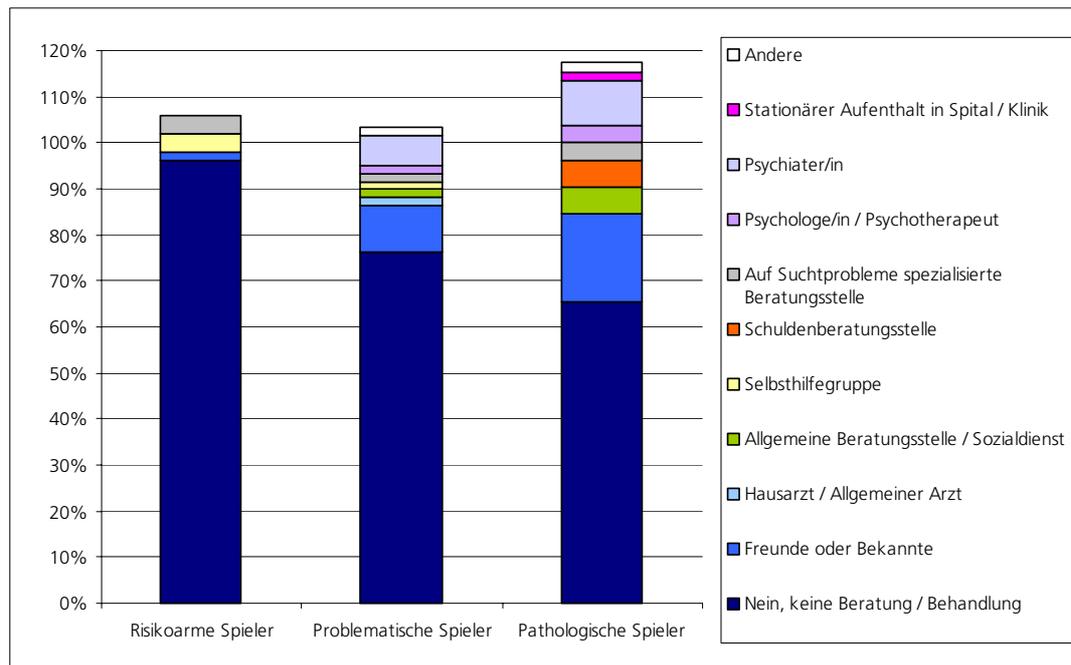
Auch Osiek/Bondolfi (2006, vgl. auch Osiek et al. 2008) finden in ihrer Stichprobe von 2005 nur 1 Person, die Hilfe in Anspruch genommen hat. Die Autoren folgern, dass generell nur 2 bis 3% der Personen mit Glücksspielproblemen eine Beratungseinrichtung konsultieren würden.

Aus der Auswertung der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 (Künzi et al. 2004, 78) ging ebenfalls hervor, dass nur ein kleiner Anteil von 2.5% der Häufigspieler/innen rapportiert, Hilfe in Anspruch genommen zu haben. Wobei hier die Stichprobe immerhin 72 Personen umfasst, die mindestens eine Stelle nennen (insgesamt 97 Nennungen).³⁴ Dabei zeigt eine Aufteilung in die zwei Hauptkategorien bei Häufigspieler/innen «Lotterien und/oder Wetten» und «Geldspielautomaten und/oder Casino», dass der Anteil der Hilfe suchenden Lotterien/Wetten-Spieler/innen tendenziell geringer ist (bei bereinigten Missings 2.6%) als bei den Automaten/Casino-Spieler/innen (11.3%). Aufgrund dieser Auswertungen ist davon auszugehen, dass Personen mit Spielproblemen, die hauptsächlich im Casino spielen, eher häufiger in die Beratung/Behandlung gehen, als Personen, die hauptsächlich ausserhalb der Casinos spielen (Lotterien/Wetten, Internet etc.). Unter den Personen in Beratung/Behandlung fanden sich bei Künzi et al. (2004) denn auch gegen 60%, die als bevorzugten Spielort das Casino aufführten (Mehrfachantworten; Künzi et al. 2004, 106).

Eine entsprechende Frage nach der Nutzung von Beratung oder Behandlung wurde auch im Rahmen der Befragung der gesperrten Spieler/innen gestellt (vgl. **Abbildung 14**).

³⁴ Die Auswertung bezüglich Ort der Beratung ist aufgrund der geringen Fallzahlen mit grosser Vorsicht zu interpretieren (Mehrfachantworten waren möglich): Selbsthilfegruppe: 10, Sozialberatungsstelle: 9, Allgemeinpraktiker: 11, Psychiater: 12, Psychologe: 7, bei jemand anderem: 48. Dabei wurde die entsprechende Frage in der SGB 2002 (36.1) noch weiter gefasst als in der SGB 2007 und auf die Lebenszeit bezogen (nicht auf die letzten 12 Monate): «Haben sie wegen Ihrer Spielgewohnheiten schon einmal Hilfe oder Rat in Anspruch genommen?».

Abbildung 14: Beanspruchung von Beratung/Behandlung wegen Spielproblemen in den letzten 12 Monaten



Frage: «Waren Sie wegen Spielproblemen in den letzten 12 Monaten in Beratung oder Behandlung? Um welche Stelle/n handelt es sich?» (Mehrfachantworten)

Quelle: Befragung der gesperrten Spieler/innen (n=50 / 59 / 52)

Es zeigt sich, dass - wie erwartet - der Anteil an Personen, die in den letzten 12 Monaten in Beratung oder Behandlung waren, nach Schweregrad zunimmt. Bei den risikoarmen Spieler/innen beträgt der Prozentsatz 4%, bei den problematischen Spieler/innen 24% und bei den pathologischen 35%. Allerdings kann dabei festgehalten werden, dass ein Rat zumeist im informellen Bereich, bei Freunden oder Bekannten, gesucht wird (bei problematischen Spieler/innen von 10% genannt, bei pathologischen von 19%). Eher erstaunlich ist, dass auch unter den gemäss Lie/Bet als risikoarm eingestuften Spieler/innen 2 Personen angeben, in institutioneller Beratung gewesen zu sein (bei Selbsthilfegruppe und auf Suchtprobleme spezialisierter Beratungsstelle). Von den problematischen und den pathologischen Spieler/innen werden im institutionellen Bereich auch Beratungen beim Psychiater genannt (bei problematischen Spieler/innen von 7%, bei den pathologischen von 10%), von 6% der pathologischen Spieler/innen (n=3) zudem die Schuldenberatungsstelle und von 1 Person (2%) ein stationärer Klinikaufenthalt.

Mit Blick auf die Kostenrechnung sind vor allem die institutionellen Beratungs- und Behandlungsstellen von Bedeutung, wobei die Selbsthilfegruppen nur wenig Kosten verursachen. Die Häufigkeitsauswertungen zeigen, dass die entsprechenden problematischen Spieler/innen im Schnitt 1.3 institutionelle Stellen beanspruchen, bei den pathologischen Spieler/innen sind es durchschnittlich 1.5 Stellen pro Person.

Vergleicht man die Anteile der Personen in Beratung aus der Befragung der gesperrten Spieler mit anderen Studienergebnissen, so scheint die Stichprobe der gesperrten Spieler/innen in dem Sinne verzerrt zu sein, als dass relativ viele Personen angeben, in den letzten 12 Monaten in einer institutionellen Beratung oder Behandlung gewesen zu sein (bezogen auf die Summe der problematischen und pathologischen Spieler/innen bzw. Personen: 17%, bezogen auf alle befragten gesperrten Spieler/innen: 13%). Dieser Anteil divergiert mit anderen Studienresultaten. Er divergiert auch mit der Auswertung Daten der Casinos von 2007. Hier geben 5.4% sämtlicher gesperrten Spieler/innen an, dass sie eine Beratung durch eine

Fachperson wünschen. Dabei ist davon auszugehen, dass der Anteil nach Schweregrad der Glücksspielproblematik ansteigt.

Aufgrund der geringen Fallzahlen für Beratung und Behandlung ist es in unserer Studie sehr schwierig, halbwegs zuverlässige Aufteilungen und Hochrechnungen nach Einrichtungstyp vorzunehmen, wie dies im ursprünglichen Studienkonzept auf der Basis der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 geplant war.

Wir stützen uns vor diesem Hintergrund schwergewichtig auf die unserer Meinung nach zuverlässigste Quelle, die Befragung der Beratungs- und Behandlungsstellen aus dem Jahr 2002 (Künzi et al 2004), und auf das grobe Ergebnis der SGB 2007, wonach 6.25% der Personen mit Glücksspielproblemen angeben, ein institutionelles Beratungsangebot zu nutzen, wobei pro Person 1.3 Stellen (Mehrfachnutzungen) genannt werden.

Umgelegt auf die Prävalenzschätzungen aus der SGB 2007 in Abschnitt 3.3 ergeben sich damit geschätzte 1'227 Casino-Spieler/innen (6.25% von 19'630 als problematisch oder pathologisch identifizierte Casino-Spieler/innen) in institutioneller Beratung/Behandlung vom Hausarzt bis zur stationären Klinik bzw. rund 1'600 Beratungs-/Behandlungsfälle (1'227 x 1.3 Stellen) von Casino-Spieler/innen. Aus der Befragung der Beratungs- und Behandlungsstellen von 2002 ging hervor, dass je nach Institutionstyp bei 10 bis 20% der Fälle bzw. der Spieler/innen noch Beratungen von oder mit Angehörigen hinzukommen. Wir rechnen daher mit einer geschätzten Anzahl von 1'800 Beratungs-/Behandlungsfällen für Personen mit Glücksspielproblemen wegen dem Casino-Spiel.

In der Folge verteilen wir die geschätzten Beratungs- und Behandlungsfälle (Spieler/innen plus Angehörige) auf die verschiedenen Einrichtungstypen. Die geplante Umsetzung auf der Basis der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 lässt sich dabei nicht bewerkstelligen. Wir stützen uns daher auf die Befragung der Beratungs- und Behandlungsstellen 2002 (Künzi et al. 2004) und ergänzen mit Fällen von Institutionen, die in den anderen Befragungen von den Spieler/innen ebenfalls genannt wurden, zu denen jedoch keine genaueren Informationen eingeholt werden konnten. Die vorgeschlagene Verteilung ist in **Tabelle 16** dargestellt.

Tabelle 16: Geschätzte Anzahl Fälle in Beratungs-/Behandlungseinrichtungen aufgrund des Casino-Spiels (Schätzung für das Jahr 2007)

Institutionstyp	Anzahl Beratungs-/Behandlungsfälle	
	Geschätzte n	%
Hausarzt / Allgemeiner Arzt	450	25%
Allgemeine Beratungsstelle / Sozialdienst	40	2%
Selbsthilfegruppe	40	2%
Schuldenberatungsstelle	70	4%
Auf Suchtprobleme spezialisierte Beratungsstelle	450	25%
Psychologe/in / Psychotherapeut (private Praxis)	150	8%
Psychiater/in (private Praxis, Ambulatorium)	500	28%
Stationärer Aufenthalt in Spital / Klinik	50	3%
Andere Stelle	50	3%
Total	1'800	100%

Anmerkung: Es handelt sich grundsätzlich um Fälle und nicht Personen, d.h. eine Person kann mehrere Stellen in Anspruch nehmen und daher als mehrere Fälle gelten; ebenfalls berücksichtigt sind die rund 10% Beratungen von Angehörigen
Quelle: Befragung der Beratungs- und Behandlungseinrichtungen 2002/03 (Künzi et al. 2004) und 2008, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002 und 2007, Befragung der gesperrten Spieler/innen 2008, eigene Schätzungen aufgrund von Plausibilitätsüberlegungen

Anzumerken ist, dass die Verteilung auf verschiedenen Plausibilitätsannahmen beruht und es sich nur um eine grobe Schätzung handeln kann. Aufgrund der Datenlage ist es uns derzeit nicht möglich, genauere Zahlen zu erbringen. Mit Blick auf die Kostenrechnung ist die genaue Verteilung zwischen bestimmten

Institutionstypen (z.B. zw. Suchtfachstellen und Schuldenberatungsstellen oder zw. Psychiater, Psychologe) auch weniger von Bedeutung, da für die verschiedenen Einrichtungen ähnliche Fallkostenbeträge ermittelt wurden (vgl. Abschnitt 5.1.1).

Die befragten Expert/innen äussern sich bezüglich der Personen mit Glücksspielproblemen in Beratung dahingehend, dass diese grundsätzlich einen weniger schlimmen Suchtverlauf aufweisen als Personen mit Glücksspielproblemen ohne Beratung. Dies schlage sich z.B. in einer späteren entschärften Schuldensituation nieder. Auf der anderen Seite scheint es, dass die problematischen und pathologischen Casino-Spieler/innen in Beratung die schwerwiegenderen Fälle bezüglich Problemlagen und sozialen Kosten darstellen als diejenigen Personen mit gleichem Suchtgrad in einem Sperrungsgespräch.

Aus der Erfahrung würden die wenigsten Casino-Spieler/innen in einem Sperrungsgespräch berichten, bereits in Beratung/Behandlung zu sein. Nur wenige Personen gäben an, sie würden nach dem Gespräch eine Behandlung/Beratung aufsuchen. Allerdings breche der Kontakt mit den Sozialkonzeptverantwortlichen nach der Verfügung der Sperrung ab, so dass solche Aussagen nicht verifiziert werden könnten. Für die meisten Personen sei die Sperrung subjektiv gesehen bereits ein ausreichendes Mittel, um ihre Spielgewohnheiten kontrollieren zu können.

Die eingesetzten Beratungen und Behandlungen bei Glücksspielsucht werden von den befragten Expert/innen als erfolgsversprechend beurteilt. Als zentral wird angesehen, dass der Schuldenverlauf reguliert werden kann. Damit ist die Zusammenarbeit der Therapieeinrichtungen mit den Schuldenberatungsstellen angesprochen: Die Behandlung der Sucht und der damit einhergehenden Schädigungen sei die eine Seite, die finanzielle Rehabilitierung die andere. Gelingt letztere nicht, so könne die damit verbundene Belastung psychisch und physisch nicht behoben werden.

5 Höhe der sozialen Kosten

In diesem Kapitel werden die Kosten, welche durch die Glücksspielsucht in Casinos in der Schweiz pro Jahr anfallen, berechnet. Wie in Abschnitt 2.1 zur Abgrenzung und Systematisierung der Kosten dargestellt, können einerseits direkte, indirekte und intangible Kosten der Glücksspielsucht unterschieden werden. Dazu kommen andererseits pekuniäre Wirkungen, die gemäss unserem produktivitätsorientierten Ansatz im Gegensatz zu den anderen drei Kostenarten keine realen Kosten darstellen, sondern Umverteilungen von Vermögen und Einkommen.

Die nachfolgenden Abschnitte enthalten eine Zusammenstellung der sozialen Kosten des Glücksspiels in den Casinos der Schweiz sowie eine Zuordnung zu den gesellschaftlichen Akteursgruppen, die diese Kosten zu tragen bzw. zu finanzieren haben. Abschliessend wird ein kurzer Vergleich zu sozialen Kosten angestellt, die in Studien für substanzgebundene Abhängigkeiten in der Schweiz festgestellt worden sind.

5.1 Direkte Kosten

Die direkten Kosten setzen sich zusammen aus Kosten der Beratung und Behandlung von Personen mit Glücksspielproblemen sowie aus durch die Glücksspielsucht verursachten Verwaltungs- und Verfahrenskosten.

5.1.1 Kosten für Beratung und Behandlung

Als Beratungs- und Behandlungskosten in Zusammenhang mit Glücksspielproblemen fallen insbesondere Kosten von Personen und deren Angehörigen in den verschiedenen Beratungs- und Behandlungseinrichtungen an.

In Abschnitt 4.6 wurde eine Schätzung der Beanspruchung der Beratungs- und Behandlungsangebots bezogen auf ein Jahr bzw. die letzten 12 Monate auf der Basis verschiedener Datenquellen vorgenommen.

Die entsprechenden Schätzungen werden für die Kostenrechnung mit den im Rahmen der Befragung der Beratungs- und Behandlungsstellen ermittelten durchschnittlichen Fallkosten hochgerechnet. Dabei wird z.T. unterstellt, dass sich die Beratungen/Behandlungen von Personen mit Glücksspielproblemen nicht grundlegend von Beratungen/Behandlungen von Personen mit anderen Suchtproblemen unterscheidet. Dies ging auch aus den Experteninterviews hervor. Eine Ausnahme bildete hier der Experte der Schuldenberatungsstelle, der aussagte, dass Fälle von Glücksspielsucht zu einem im Vergleich um 50% höherem Beratungsaufwand führten. Dieser Umstand wurde bei den mittleren Fallkosten berücksichtigt.

Tabelle 17: Hochrechnung der Beratungs- und Behandlungskosten (Schätzung für 2007)

Institutionstyp	Geschätzte Anzahl Fälle	Mittlere Fallkosten (Fr.)	Hochrechnung Kosten (Fr.)
Hausarzt / Allgemeiner Arzt	450	235	105'750
Allgemeine Beratungsstelle / Sozialdienst	40	2'393	95'720
Selbsthilfegruppe	40	198	7'920
Schuldenberatungsstelle	70	2'258	158'025
Auf Suchtprobleme spezialisierte Beratungsstelle	450	2'715	1'221'750
Psychologe/in / Psychotherapeut (private Praxis)	150	957	143'550
Psychiater/in (private Praxis, Ambulatorium)	500	957	478'500
Stationärer Aufenthalt in Spital / Klinik	50	12'753	637'650
Andere Stelle	50	2'468	123'400
Total	1'800	1'651	2'972'265

Quelle: Befragung der Beratungs- und Behandlungseinrichtungen 2002/03 (Künzi et al. 2004) und 2008, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002 und 2007, Befragung der gesperrten Spieler/innen 2008, eigene Schätzungen aufgrund von Plausibilitätsüberlegungen

5 Höhe der sozialen Kosten

Für die Kosten der Behandlungen in den Hausarztpraxen wurden die durchschnittlichen Behandlungskosten für zwei Konsultationen (ohne Medikamente) beigezogen. Diese Annahme stützt sich auf Berechnungen des Krankenkassenverbands Santésuisse³⁵ und die Einschätzung des Präsidenten der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin, wonach Hausärzt/innen Suchtpatient/innen jeweils rasch an spezialisiertere Stellen weiterweisen würden (vgl. Abschnitt 2.2.2).

Wie aus **Tabelle 17** hervorgeht, ergeben sich geschätzte Gesamtkosten für Beratung- und Behandlungsleistungen für Personen mit Glücksspielproblemen aufgrund des Casino-Spiels im Umfang von jährlich rund 3 Mio. Fr.

Auf der Grundlage der Befragung der Beratungs- und Behandlungsstellen 2008 und ergänzenden Annahmen ergeben sich dabei folgende Finanzierungsträger der Beratungen/Behandlungen:

- Kantone und Gemeinden: 54%
- Bund: 1%
- Krankenversicherung: 36%
- Lotterie- und Casino-Branche: < 1%³⁶
- Private Trägerschaft (Klienten, Drittmittel, Spenden etc.): 9%

Dabei ist anzumerken, dass es sich hier nur um eine grobe Aufteilung handeln kann, da die Finanzierungen im Gesundheitswesen relativ komplex sind. Beispielsweise müsste bei der Verteilung der Kosten auf die medizinischen Behandlungsstellen (Spital, Hausarzt, Psychiater) bzw. dem Kostenträger Krankenkasse berücksichtigt werden, dass rund 30% der Personen in der Schweiz individuelle Prämienverbilligungen erhalten, die wiederum jeweils hälftig von Bund und Kantonen finanziert werden.

5.1.2 Verwaltungskosten

Verwaltungskosten fallen in Zusammenhang mit Glücksspielproblemen in folgenden Bereichen an:

■ **Gerichte und Strafvollzug:** Wie in Abschnitt 4.5 dargestellt, haben 19% der pathologischen Casino-Spieler/innen illegale Handlungen im Zusammenhang mit Casino-Spiel angegeben. Davon erwarten wir bei rund der Hälfte Kosten aufgrund von Gerichtsverfahren. Wird dieser Anteil auf die Anzahl pathologischer Casino-Spieler/innen hochgerechnet, so ergeben sich 586 Fälle von Gerichtsverfahren aufgrund von Glücksspielproblemen innerhalb eines Jahres.

Die damit verbundenen Kosten pro Verfahren schätzen wir, wie bereits in der Studie von 2004 (Künzi et al.), auf rund 3'000 Fr. Wir korrigieren den Betrag, der sich auf eine Untersuchung von Oggier (1999) stützt, um die seither angefallene Inflation und rechnen daher mit einem Betrag von 3'341 Fr. weiter. Dies ergibt einen Betrag von **2.0 Mio. Fr. jährlich**, die als Verwaltungskosten in Zusammenhang mit illegalen Handlungen aufgrund von Glücksspiel in Casinos entstehen.

■ **Arbeitslosigkeit:** In Abschnitt 4.2 wurde dargestellt, dass 2% der problematischen Casino-Spieler/innen sowie 9% der pathologischen Casino-Spieler/innen angeben, aufgrund des Casino-Spiels in den letzten 12 Monaten arbeitslos geworden zu sein. Diese Angaben beziehen sich jeweils auf den Anteil der Erwerbspersonen.³⁷ Auf alle Personen mit Glücksspielproblemen in Zusammenhang mit Casinos bezogen

³⁵ Für Daten aus dem Jahr 2005 berechnete Bertschi (2007) durchschnittliche Kosten pro Arztkonsultation von Fr. 113.- bei frei praktizierenden Ärzten. Auf der Grundlage des Teuerungsindex für Dienstleistungen gemäss Bundesamt für Statistik haben wir für 2008 Fr. 117.50 veranschlagt.

³⁶ Verschiedene spezialisierte Beratungsstellen werden von Casinos oder der Lotterie-Branche unterstützt, indem z.B. Beratungen von «zugewiesenen» Spieler/innen finanziert werden. Der Finanzierungsbeitrag am Gesamt der Fälle dürfte jedoch unter 1% liegen.

³⁷ Personen, deren hauptsächlicher Erwerbsstatus in den letzten 12 Monaten entweder «erwerbstätig» war oder «arbeitslos».

betrifft dies 3.5%. Rechnen wir diese Prozentzahl hoch auf die Anzahl der Personen mit Glücksspielproblemen in Casinos in der Bevölkerung, so ergibt dies geschätzte 686 Fälle, in denen eine Person aufgrund von Casino-Spiel arbeitslos geworden ist. Die damit verbundenen Kosten schätzen wir gemäss Statistik der Arbeitslosenversicherung des Jahres 2007 auf 2'261 Fr. je Fall.³⁸ Daraus ergeben sich Verwaltungskosten der ALV im Zusammenhang mit Glücksspielproblemen von **1.6 Mio. Fr. jährlich**.

■ **Invalidenversicherung:** Wie in Abschnitt 4.4 dargestellt, konnte aufgrund der Befragung der gesperrten Casino-Spieler/innen kein gesicherter Fall nachgewiesen werden, bei welchem das Spielproblem in eine IV-Abhängigkeit geführt hätte.

■ **Sozialhilfe:** Je 2% der problematischen und pathologischen Casino-Spieler/innen haben angegeben, dass sie aufgrund der Probleme mit dem Casino-Spiel Leistungen der Sozialhilfe bezogen haben (n=2). Die damit verbundenen Verwaltungskosten werden aber bereits im Abschnitt zu den Beratungs- und Behandlungskosten berücksichtigt, da allgemeine Sozialämter explizit in der Reihe der abgefragten Beratungsinstitutionen aufgeführt sind.

■ **Scheidungen:** 3% (n=2) der problematischen Casino-Spieler/innen haben in der Befragung der gesperrten Spieler/innen angegeben, dass sie aufgrund der Probleme mit dem Casino-Spiel eine Scheidung erfahren haben. Unter den pathologischen Casino-Spieler/innen machte niemand eine solche Angabe. Hochgerechnet auf das Gesamt der problematischen Casino-Spieler/innen wären demnach pro Jahr 444 Scheidungen aufgrund von Glücksspielproblemen in Casinos zu erwarten.³⁹ Trennungen von Ehe- oder Lebenspartnern kamen daneben bei 3% der problematischen und 15% der pathologischen Spieler/innen vor. Für Trennungen werden keine Kosten berechnet.

Die Gesamtkosten einer Scheidung inklusive Gerichts-, Anwalts- und Mediationskosten betragen etwa einen Monatslohn (Trachsel 2009). Diese Kosten fallen hauptsächlich bei den Scheidungspartnern selber an, da sie zum grössten Teil aus Anwaltskosten bestehen. Der durchschnittliche Monatslohn der problematischen Casino-Spieler/innen beträgt 4'824 Fr.. Die Gesamtkosten der Scheidungen aufgrund von Glücksspielproblemen in Casinos werden damit auf **2.1 Mio. Fr. jährlich** geschätzt.

In **Tabelle 18** werden die von Problemen im Zusammenhang mit Glücksspiel in Casinos ausgehenden Verwaltungskosten zusammengestellt und hochgerechnet. **Insgesamt** entstehen durch die Probleme im Zusammenhang mit Glücksspiel im Casinos **Verwaltungskosten** von **5.6 Mio. Fr. jährlich**.

Tabelle 18: Verwaltungskosten aufgrund von Glücksspielproblemen in Casinos

	%-Anteil	Kostenschätzer	Kostensumme
Gerichte und Strafvollzug	9.6% der path. S.	3'341	1'957'927
Arbeitslosigkeit	3.5%	2'261	1'550'824
Scheidungen	3.3% der probl. S.	4'824	2'140'575
Gesamt			5'649'326

Quelle: Befragung der gesperrten Spieler/innen, SGB 2007, Website Bundesamt für Sozialversicherungen (www.bsv.admin.ch/dokumentation/zahlen/00093/00422/01368/index.html?lang=de)

³⁸ Dabei werden die vom Bundesamt für Sozialversicherungen BSV für 2007 angegebenen 591 Mio. Fr. Durchführungs- und Verwaltungskosten (www.bsv.admin.ch/dokumentation/zahlen/00093/00422/01368/index.html?lang=de) durch die Anzahl der ALV-Fälle im Jahr 2007 von 261'341 geteilt.

³⁹ Im Jahr 2007 wurden in der Schweiz gemäss Bundesamt für Statistik 19'882 Scheidungen verzeichnet (www.bfs.admin.ch). Demnach würden rund 2% der Scheidungen auf Glücksspielprobleme in Casinos zurückgeführt. Die scheint uns ein recht hoher Anteil. Wir stützen uns dabei auf die Angaben der Befragten. Evtl. ergibt sich eine Überschätzung, sofern diese ihre Antwort nicht auf die letzten 12 Monate bezogen haben.

Für Schuldenverwaltungen und Lohnpfändungen (vgl. Abschnitt 4.1) wurden hier keine Verwaltungskosten berechnet. Diese Kosten fallen in den Schuldenberatungsstellen an und sind bereits in den Fallkosten für Beratungen (vgl. Abschnitt 5.1.1) berücksichtigt.

5.1.3 Prävention und Forschung

Zu den direkten Kosten zählen in der Theorie (vgl. z.B. Single 2003) auch die Kosten für Prävention und Forschung. In einigen «Cost of illness»-Studien werden diese weggelassen (vgl. Jeanrenaud et al. 2003, Eadington 2003). In unserem Kontext wären grundsätzlich die in Abschnitt 2.1.9 aufgeführten Kosten dem Bereich Prävention und Forschung zuzuordnen:

- **Verwaltungskosten für die Aufsicht über die Casinos** (Kontrolle der Umsetzung der Sozialkonzepte): In der Studie von Künzi et al. (2004) sind die Verwaltungskosten der Eidgenössischen Spielbankenkommission ESBK enthalten.
- **Kosten der Umsetzung der Sozialkonzepte** in den Casinos: Es ist davon auszugehen, dass je Casino in der Schweiz mehrere Stellenprozente für die Umsetzung der Sozialkonzepte eingesetzt werden.
- Bei den **Forschungskosten** gehen wir davon aus, dass wir einen Teil der Kosten der klinischen Forschung im Rahmen der Beratungs- und Behandlungskosten (vgl. Abschnitt 5.1.1) miteinbezogen haben

5.2 Indirekte Kosten

In diesem Abschnitt werden die indirekten Kosten der problematischen und pathologischen Casino-Spieler/innen berechnet. Diese stehen in Zusammenhang mit Produktivitätsverlusten für die Volkswirtschaft. Es geht einerseits Produktivität verloren durch Fehlen am Arbeitsplatz, Arbeitslosigkeit und verminderte Leistungsfähigkeit (Abschnitt 4.2), andererseits kann es auch aufgrund von Suiziden bzw. Todesfällen in Zusammenhang mit Spielsuchtproblemen zum Ausfall von Produktivität kommen (Abschnitt 4.4).

5.2.1 Arbeitsproduktivität

In diesem Abschnitt werden die Produktivitätsverluste beziffert, die aufgrund von verschiedenen Einschränkungen der Arbeitsleistung von Personen mit Glücksspielproblemen entstehen.

■ **Fehlen am Arbeitsplatz, Absenzen:** In Abschnitt 4.2 wurde dargestellt, dass Personen mit Glücksspielproblemen teilweise am Arbeitsplatz fehlen. Bei pathologischen Casino-Spieler/innen liegt der in der Befragung ermittelte Wert über demjenigen der problematischen Casino-Spieler/innen (0.5 gegenüber 0.02 Tage pro Monat, nur Erwerbstätige). Im Mittel ergeben sich rund 2 Tage pro Jahr, die eine erwerbstätige Person mit Problemen mit dem Casino-Spiel am Arbeitsplatz fehlt. Rechnet man diese Arbeitstage auf die Population der Personen mit Problemen mit Casino-Spiel hoch, so resultieren 32'334 ausgefallene Arbeitstage. Wir bewerten diese mit einer durchschnittlichen Bruttoproduktivität, so wie sie in Sommer et al. (2007, 69) berechnet wurde.⁴⁰ Diese beträgt 131 Fr. pro Tag für das Jahr 2003. Inflationsbereinigt entspricht dies einem Wert für das Jahr 2008 von 139 Fr. Durch Multiplikation mit der Anzahl Tage ergibt sich ein Produktionsverlust brutto von **4.5 Mio. Fr. jährlich**.

■ **Verminderte Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz:** In Abschnitt 4.2 wurde dargestellt, dass ein recht hoher Anteil von erwerbstätigen Personen mit Casino-Glücksspielproblemen eine verminderte Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz angibt. Insgesamt sind von den Personen mit Glücksspielproblemen 83% er-

⁴⁰ Dabei wird die Wertschöpfung der gesamten Volkswirtschaft verteilt auf alle Personen im Alter über 16 Jahren und auf 365 Tage im Jahr. Dadurch wird auch der Leistung von Nichterwerbspersonen (Hausarbeit, Rentner etc.) ein Wert beigemessen. Wir verwenden durchgängig dieses Konzept der Bruttoproduktivität in diesem Bericht.

werbstätig. Von diesen berichten 30% über eine verminderte Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz aufgrund des Casino-Spiels (24% der problematischen Spieler/innen, 43% der pathologischen Spieler/innen). Hochgerechnet auf die Population der Personen mit Glücksspielproblemen in Zusammenhang mit Casinos sind dies 4'854 Personen. Nimmt man an, dass deren durchschnittliche Produktivität am Arbeitsplatz um 5% eingeschränkt ist⁴¹, so ergibt sich ein Bruttoproduktivitätsausfall von 12.5 Tagen pro Person und Jahr (Annahme: 250 Arbeitstage) bzw. insgesamt ein Bruttoproduktivitätsausfall von rund 60'000 Tagen. Bewertet mit dem oben hergeleiteten Tagessatz von 139 Fr., resultiert ein Wert von **8.5 Mio. Fr. jährlich**. Berücksichtigt man die verminderte Leistungsfähigkeit mit den durchschnittlichen Löhnen der erwerbstätigen Personen mit Casino-Spielproblemen, so ergibt sich eine höhere Summe von 14.8 Mio. Fr.⁴²

■ **Ausgefallene Hausarbeit bzw. Kinderbetreuung:** In Abschnitt 4.3 wurde dargestellt, dass Personen mit Glücksspielproblemen aufgrund des Casino-Spiels teilweise nicht mehr in erforderlichem Ausmass ihre Kinder betreuen konnten. Bei den problematischen Casino-Spieler/innen waren davon 5% betroffen, bei den pathologischen Casino-Spieler/innen 17%. Der durchschnittliche Ausfall an Kinderbetreuungsleistungen betrug 3.7 Tage pro Monat. Bewerten wir diese ausgefallenen Leistungen mit dem oben verwendeten Ansatz der Bruttoproduktivität, so ergibt sich ein weiterer **Ausfall** von rund **10.5 Mio. Fr. jährlich**.

In **Tabelle 19** sind die **Produktivitätsverluste** aufgrund von Leistungsverminderungen bzw. -ausfällen übersichtsartig dargestellt. In der **Summe** ergeben sich **insgesamt 23.4 Mio. Fr.**

Tabelle 19: Produktivitätsverluste aufgrund von Leistungsverminderungen

	Anzahl Tage	Kostenschätzer	Kostensumme
Fehlen am Arbeitsplatz	32'334	139	4'504'225
Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz	60'685	139	8'453'579
Ausgefallene Hausarbeit	75'255	139	10'483'289
Gesamt	168'274	139	23'441'092

Quelle: Befragung der gesperrten Spieler/innen, Sommer et al. (2007, 69), Berechnungen BASS

5.2.2 Fluktuationskosten

In Abschnitt 4.2 wurde in Tabelle 15 dargestellt, welcher Anteil der erwerbstätigen Spieler/innen in den letzten 12 Monaten vor der Befragung ein oder mehrmals wegen dem Casino-Spiel die Stelle gewechselt hat bzw. wechseln musste oder eine Arbeitslosigkeit erlitt.

2% der problematischen Casino-Spieler/innen haben die **Stelle** einmal **gewechselt**, 5% der pathologischen Casino-Spieler/innen haben die Stelle mehrmals gewechselt. Wir nehmen bei letzteren an, dass jeweils 2 Stellenwechsel in den letzten 12 Monaten angefallen sind (Angaben beziehen sich auf Erwerbstätige). Des weiteren sind die Stellenverluste zu berücksichtigen, die in Zusammenhang mit einer Arbeitslosigkeit erfolgen (vgl. Abschnitt 5.1.2). 2% der problematischen Spieler/innen haben aufgrund des Casi-

⁴¹ Dies ist eine Annahme, leider liegen dafür keine genaueren Schätzungen aus der Literatur vor. Wir gehen davon aus, dass ab einer Leistungsminderung von 10% Probleme mit dem Arbeitgeber auftreten. Einige Personen mit Glücksspielproblemen haben angegeben, dass sie aufgrund der Glücksspielprobleme ihre Arbeitsstelle verloren haben. Die Schätzung von 5% Einbusse an Produktivität, die sich nicht direkt in den Löhnen niederschlägt, ist konsistent mit Einschätzungen von Personalberatungsfirmen, die bei Angestellten vor, während und nach der Fluktuationsentscheidung von Produktivitätseinbussen von bis zu 30% ausgehen. In einer Studie zu Fluktuationskosten im Spitalbereich (Ziörjen/Renggli 2003) wird bei austretenden Mitarbeiter/innen mit Produktivitätsverlusten von 10% während 3 Monaten gerechnet.

⁴² Wir stützen uns dabei auf das Konzept, das auch Sommer et al. (2007) verwenden. Bei diesem Konzept wird von einer Bruttoproduktivität ausgegangen, bei der auch den nichterwerbstätigen Personen eine durchschnittliche Produktivität zugeordnet wird. Vor diesem Hintergrund wäre es inkonsistent, den Produktivitätsausfall am Arbeitsplatz mit den Löhnen zu bewerten.

no-Spiels ihre **Stelle verloren**, bei den pathologischen Casino-Spieler/innen sind es 9% (die Angaben beziehen sich auf Erwerbspersonen d.h. auf Erwerbstätige und Arbeitslose). Nehmen wir die Personen mit Stellenwechsel und Stellenverlust zusammen (ohne Doppelzählungen), so erhalten wir einen Anteil von 2% an den problematischen sowie 11% an der pathologischen Casino-Spieler/innen, die aufgrund der Glücksspielprobleme mindestens eine «**Fluktuationsbewegung**» ausgelöst haben (Anteil der Erwerbspersonen).⁴³

Werden die mehrfachen Stellenwechsel miteinbezogen, so ergeben sich im Durchschnitt über alle problematischen Casino-Spieler/innen 0.164 Fluktuationsbewegungen pro Person und über alle pathologischen Casino-Spieler/innen 0.113 Fluktuationsbewegungen. Hochgerechnet sind dies insgesamt **912 Fluktuationsbewegungen jährlich**, die durch Glücksspielprobleme in Casinos ausgelöst werden. Durch die Fragestellung im Fragebogen war sichergestellt, dass es sich um spezifische zusätzliche, mit dem Glücksspielproblem verknüpfte Fluktuationen handelte. Die durch das Casino-Spiel ausgelösten Fluktuationsbewegungen gehen über die «normale» Fluktuation hinaus und können als mit dem Casino-Spiel verknüpfte soziale Kosten betrachtet werden. Wir nehmen an, dass die Fluktuationsbewegungen in Zusammenhang mit den Glücksspielproblemen hauptsächlich Entlassungen darstellen.

Im Zuge von Entlassungen entstehen Fluktuationskosten. Die Kosten entstehen in den Betrieben aufgrund der Suche und Auswahl sowie der Einarbeitung der neuen Arbeitskräfte (vgl. Sommer et al. 2007, 79). Eine Untersuchung zu Unfallkosten (Ecoplan 2002, 42) hat ergeben, dass die durchschnittlichen Kosten für die Wiederbesetzung von Stellen **50% des Brutto-Jahreseinkommens** für die entsprechende Stelle ausmachen. Dies sind bei durchschnittlichen Monatslöhnen von 4'824 Fr. für problematische und 5'020 Fr. für pathologische Casino-Spieler/innen (vgl. Tabelle 14) je Stellenwechsel Kosten von rund 30'000 bis 31'500 Fr.⁴⁴ Mühlemann/Wolter et al. (2007, 45) kommen bei der Bestimmung von Rekrutierungs- und Einarbeitungskosten von Schweizer Betrieben auf ähnliche Beträge.⁴⁵ Wir nehmen an, dass diese Kosten innerhalb eines Jahres anfallen.⁴⁶

Die Hochrechnung auf die Kostensumme erfolgt mittels den entsprechenden Bevölkerungsanteilen (vgl. Tabelle 13). Bei Personen, die angaben, die Arbeitsstelle aufgrund des Casino-Spiels mehrfach gewechselt zu haben, haben wir zwei Stellenwechsel in den letzten 12 Monaten angenommen und den zweiten Stellenwechsel nur mit einem Gewicht von 0.5 in die Berechnung einfließen lassen, da anzunehmen ist, dass bei zwei rasch aufeinander folgenden Stellenwechseln nicht die gesamten Fluktuationskosten anfallen.

Es zeigt sich, dass die durch Glücksspielprobleme in Zusammenhang mit Casinos verursachten Fluktuationskosten erheblich ausfallen. Sie betragen insgesamt **26.5 Mio. Fr. pro Jahr**. Der grösste Anteil dieser Kosten (75%) wird durch problematische Casino-Spieler/innen ausgelöst. Da diese Kosten zum grössten Teil Produktivitätsverluste darstellen (vgl. Fussnote 46), zählen wir die Fluktuationskosten ebenfalls zu den indirekten Kosten. Sie fallen bei den betroffenen Arbeitgebern an.

Tabelle 20 fasst die Fluktuationskosten aufgrund von problembehaftetem Spielen in Casinos zusammen.

⁴³ Bei Personen, welche sowohl einen Stellenwechsel angegeben haben als auch eine Arbeitslosigkeit aufgrund der Probleme mit Casino-Spiel, haben wir angenommen, dass diese beiden Fluktuationsbewegungen zusammen fallen.

⁴⁴ Wir berechnen die Jahreseinkommens näherungsweise durch eine Multiplikation des Monatslohns mit 12.5.

⁴⁵ Die Einarbeitungs- und Rekrutierungskosten belaufen sich je nach Grösse des Betriebs auf 10'000 bis 25'000 Fr. Dabei sind die Kosten beim Austritt von Mitarbeiter/innen nicht berücksichtigt, die noch einmal in ähnlicher Grössenordnung ausfallen dürften.

⁴⁶ Zörjen/Renggli (2003) zeigen für den Spitalbereich, dass die Fluktuationskosten von Personal im Operationssaal, das einen durchschnittlichen Brutto-Monatslohn von 5'000 Fr. aufweist, sich auf 15'800 bis 49'800 Fr. belaufen. Im mittleren Szenario betragen die Fluktuationskosten pro Stellenwechsel 28'600 Fr., was etwa bei dem von uns berechneten Wert liegt. Dabei setzen sich die Fluktuationskosten wie folgt zusammen: Aufwand für Austritt, Rekrutierung und Einführung im Spital selber: 1'900 Fr.; Produktivitätsverluste Bezugsperson, eintretende/austretende/r Mitarbeiter/in: 13'900 Fr.; Stelleninsetrate: 4'400 Fr.; Vermittlungsagenturen: 8'400 Fr.).

Tabelle 20: Produktivitätsverluste aufgrund von zusätzlichen Fluktuationen

	%-Anteil	Kostenschätzer	Kostensumme
problematische Spieler/innen	1.9%	30'149	6'689'116
pathologische Spieler/innen	11.1%	31'373	19'844'167
Gesamt			26'533'282

Quelle: Befragung der gesperrten Spieler/innen, SGB 2007, Sommer et al. (2007, 79)

5.2.3 Todesfälle

In diesem Abschnitt soll auf die Bruttoproduktivitätsverluste aufgrund von Todesfällen eingegangen werden. Es ist zu betonen, dass es dabei nicht um eine Bewertung von Leben handelt, sondern rein um den Verlust an Arbeitsleistung, der durch den Tod einer Person anfällt. Dieser ist abhängig von der Lebenserwartung der Person bei ihrem Tod und daher vom durchschnittlichen Alter der Verstorbenen. Es wurde in Abschnitt 4.4 hergeleitet, dass jährlich im Schnitt mit rund 6.5 Suizidfällen zu rechnen ist, die in Zusammenhang mit dem Casino-Spiel stehen dürften. Das durchschnittliche Alter der pathologischen Glücksspieler/innen beträgt laut der Befragung der gesperrten Spieler/innen 39.9 Jahre (vgl. Abschnitt 5.7).

Berechnen wir den anfallenden Bruttoproduktivitätsverlust aufgrund dieser Todesfälle, so beträgt gemäss Sommer et al (2007, Zusatztable zu Abb. 19) der **Bruttoproduktivitätsverlust** für eine 40-jährige Person 1'602'180 Fr. (Jahr 2003). Bereinigen wird diesen Wert um die angefallene Inflation und rechnen ihn mal die Anzahl Todesfälle, so erhalten wir einen Betrag von insgesamt **11.1 Mio. Fr. jährlich**, die auf Todesfälle bzw. Suizide in Zusammenhang mit Casino-Glücksspielproblemen verknüpft sind. Dieser Bruttoproduktivitätsverlust bezeichnet den Gegenwartswert aller ausgefallenen Leistungen, die ohne den Todesfall in Zukunft bei einer normalen Lebenserwartung des Individuums angefallen wären. Da die geschätzte Anzahl Todesfälle jedes Jahr anfallen, müssen die Kosten über die verlorenen Lebensjahre eines Todesfalls jeweils dem Todesjahr zugeordnet werden.

In Abschnitt 4.4 haben wir ebenfalls dargelegt, dass auf einen Suizid im Mittel mehr als 10 Suizidversuche kommen. Wir gehen davon aus, dass die Behandlungskosten von Suizidversuchen in den bereits ausgewiesenen Kosten der Beratungs- und Behandlungsstellen enthalten sind.

5.3 Intangible Kosten

Die intangiblen Kosten werden im Rahmen unserer Studie nicht bewertet. Im Folgenden machen wir dazu einige Bemerkungen:

■ Zu den Leiden der betroffenen Spieler/innen sind neben Stress etc. auch die ausgelösten Komorbiditäten hinzuzählen. Vgl. dazu Abschnitt 4.4. Zu anderen Suchtproblemen (Tabak, Alkohol, Drogen) bestehen Schätzungen für die Schweiz (vgl. Abschnitt 5.6).

■ Zu den Leiden des Umfelds der betroffenen Spieler/innen, der Familie, Verwandten und Bekannten, können hier keine Aussagen gemacht werden, da diese nicht erhoben worden sind. Einer der befragten Experten merkte an, dass bei Glücksspielsucht evtl. mehr Personen resp. ein breiterer Personenkreis betroffen sei als bei anderen Süchten. Zu anderen Suchtproblemen bestehen Schätzungen für die Schweiz (vgl. Abschnitt 5.6).

■ Zu den intangiblen Kosten von Todesfällen bestehen Schätzungen, die weit auseinander gehen und bis zu 16 Mio. Fr. pro Todesfall reichen (vgl. Baranzini/Ferro Luzzi 2001).

Die Pro-Kopf-Werte für intangible Kosten des Tabak-, Alkohol- bzw. Drogenkonsums für die Schweiz liegen gemäss Studien zwischen rund 2'500 und 14'000 Fr. (vgl. Jeanrenaud 2006, Abschnitt 5.6). Die grosse Bandbreite der intangiblen Kosten bei den verschiedenen stoffgebundenen Suchtproblemen zeigt, dass ein direkter Vergleich mit den intangiblen Kosten des Glücksspiels schwierig sein dürfte, da es sich um ein anders gelagertes Suchtproblem mit unterschiedlichen Folgen handelt.⁴⁷

Ein Problem bei der Aufsummierung der tangiblen und intangiblen sozialen Kosten besteht darin, dass die intangiblen Kosten üblicherweise inzidenzbasiert berechnet werden (vgl. Jeanrenaud 2003, 18). Unsere Berechnung der tangiblen Kosten stützt sich hingegen auf die Prävalenz der Glücksspielsucht (vgl. Abschnitt 2.1.8, Ausnahme: Todesfälle). Zudem überschneiden sich die indirekten Kosten und die intangiblen Kosten teilweise. Bei der Aggregation unserer tangiblen Kostenwerte mit einer Schätzung für die intangiblen Kosten müsste bei der Anrechnung der indirekten Kosten die Nettoproduktivität anstelle der Bruttoproduktivität verwendet werden (vgl. Sommer 2007, 5).

5.4 Pekuniäre Wirkungen

Die im folgenden Abschnitt dargestellten Kosten betreffen Verschiebungen von Vermögen bzw. Einnahmen von verschiedenen Bevölkerungsgruppen zu den Casinos. Diese Verschiebungen stellen grundsätzlich keine realen sozialen Kosten dar, da durch die Verschiebung der Gelder nichts davon «verloren geht». Wie bereits in Abschnitt 2.1.6 beschrieben, bezeichnen wir diese Verteilungswirkungen als pekuniäre Wirkungen.

5.4.1 Vermögenswerte

In Abschnitt 4.1 wurde dargestellt, welche Summe an persönlichen Vermögenswerten durch problematische bzw. pathologische Casino-Spieler/innen verspielt worden ist. Werden diese Werte auf die gesamte Population der problematischen und pathologischen Casino-Spieler/innen hochgerechnet, dann ergibt sich eine Summe der **verspielten Vermögenswerte** von insgesamt **791 Mio. Fr.** (vgl. **Tabelle 21**). Diese verspielten Werte fallen zu mehr als der Hälfte bei den pathologischen Spieler/innen an, was gegenüber ihrem Anteil von 31% am Gesamt der Personen mit Glücksspielproblemen eine starke Übergewichtung darstellt. Dies rührt daher, dass der Vermögensverzehr der pathologischen Casino-Spieler/innen mit 75'000 Fr. rund 3 Mal so hoch liegt wie derjenige der problematischen Casino-Spieler/innen.

Im Rahmen der Befragung der gesperrten Spieler/innen wurde die direkte Frage gestellt, wie viel Vermögen sie im Casino verspielt haben, seitdem sie regelmässig ins Casino gehen. Dazu zwei Bemerkungen:

■ Einerseits bestand eventuell das problematische Spielverhalten nicht von Anfang an. Dazu können wir aufgrund der zur Verfügung stehenden Daten, die keine Längsschnittdaten sind, keine Aussage machen. Die dargestellten verlorenen Vermögenswerte aufgrund der Glücksspielsucht müssen als Maximalschätzung angesehen werden.

■ Andererseits muss der Vermögensverzehr innerhalb eines Jahres berechnet werden, um die durchschnittlichen pekuniären Wirkungen, die damit verbunden sind, angeben zu können (vgl. Kostenabgrenzung in Abschnitt 2.1). Wir teilen die Summe des Vermögensverzehrs daher durch die durchschnittliche Anzahl Jahre, während derer die Personen gemäss ihren Angaben regelmässig im Casino gespielt haben. In unserer Befragung waren dies für die problematischen Casino-Spieler/innen 4.7 Jahre und für die pa-

⁴⁷ Im Herbst 2009 sollte eine Untersuchung zum Thema der intangiblen Kosten der Glücksspielsucht in der Schweiz von Herrn Dimitri Kohler, Universität Neuenburg, erscheinen.

thologischen Casino-Spieler/innen 5.8 Jahre. Der mit den Bevölkerungsanteilen der beiden Gruppen (vgl. Abschnitt 5.7) gewichtete Durchschnitt ergibt 5.0 Jahre.

Aus der Verteilung des Vermögensverzehr über rund 5 Jahre erhalten wir **pro Jahr 157.8 Mio. Fr. an Vermögensverzehr**. Es wurde explizit nur das Privatvermögen des Glücksspielenden selbst abgefragt. Der Verlust dieses Vermögensverzehr betrifft jedoch nicht nur die Glücksspielenden selbst. In vielen Fällen haben die problematischen und pathologischen Casino-Spieler/innen Kinder, für die sie sorgen müssen. Die durchschnittliche Anzahl Kinder beträgt gemäss Befragung über beide Kategorien 0.7 pro Spieler/in.

Als Gedankenexperiment stellen wir in Tabelle 21 zusätzlich dar, welcher Anteil des verlorenen Vermögens für die betroffenen Kinder zur Verfügung gestanden hätte, wenn man eine Gleichverteilung des Vermögens über den Elternteil und dessen Kinder annimmt. Wir erhalten insgesamt einen Vermögensverzehr von 325.3 Mio. Fr., den Personen mit Glücksspielproblemen bis zu ihrer Sperrung im Casino verspielt haben, ein Betrag, der ohne Glücksspielproblem hypothetisch für die Kinder zur Verfügung gestanden hätte. **Pro Jahr** wären dies **64.9 Mio. Fr. Vermögen der Kinder**, das aufgrund von Glücksspielproblemen in Casinos verspielt wird.

Tabelle 21: Vermögensverzehr aufgrund von problematischem/pathologischem Casino-Spiel

	problematisch	pathologisch	problematisch & pathologisch
Vermögensverzehr pro Kopf	24'667	75'000	40'296
CI 95% Untergrenze	8'955	25'239	24'691
CI 95% Obergrenze	40'378	124'761	55'901
Vermögensverzehr Gesamt	333'852'083	457'146'883	790'998'966
CI 95% Untergrenze	62'148'801	2'023'404	260'942'314
CI 95% Obergrenze	605'555'365	912'270'361	1'321'055'618
Anzahl Kinder je Person	0.64	0.83	0.70
Vermögensverzehr Kinder	130'202'312	207'365'596	325'322'963
CI 95% Untergrenze	24'238'032	917'833	107'320'655
CI 95% Obergrenze	236'166'592	413'813'360	543'325'272

Quelle: Befragung der gesperrten Spieler/innen, SGB 2007, Berechnungen BASS

5.4.2 Verschuldung

In Abschnitt 4.1 wurde dargestellt, welche durchschnittliche Verschuldung bei problematischen und pathologischen Glücksspieler/innen aufgrund des Casino-Spiels entstanden ist. In **Tabelle 22** werden die entsprechenden Werte hochgerechnet auf die gesamte Population der problematischen und pathologischen Casino-Spieler/innen. Insgesamt entsteht eine Summe von **221 Mio. Fr. Schulden**. Die Gesamtschulden werden zu drei Vierteln durch die pathologischen Spieler/innen ausgelöst, was relativ zu ihrem Anteil an der Gesamtpopulation der problematischen und pathologischen Casino-Spieler/innen von 31% einen viel grösseren Anteil ausmacht. Dies gründet darin, dass die Schulden der pathologischen Spieler/innen im Schnitt rund siebenmal höher liegen als diejenigen der problematischen Spieler/innen.

Des weiteren wurde berechnet, welcher Anteil der Schuldensumme voraussichtlich nicht zurückbezahlt werden kann. Wir stützen uns dabei auf die Angaben der Schuldenberatungsstelle Bern (2008, 31f.). Im Jahresbericht von 2007 wird über die Laufzeit des Projekts «Glücksspiel und Schulden» vom 1.07.02 bis zum 31.12.06 eine Statistik der durchgeführten Beratungen gezeigt. Dabei wurden insgesamt 168 Personen mit Glücksspielproblemen und Schulden beraten. Es wurden 21 Konkurse (12% der Fälle) durchgeführt, 39 (Teil-)Sanierungen (23%) und 17 Einkommensverwaltungen (10%). Aus der Statistik lässt sich schliessen, dass von einer geschätzten Gesamtsumme von rund 3 Mio. Fr. aus Fällen, für die eine Konkursbegleitung, eine (Teil-)Sanierung oder eine Ratenvereinbarung durchgeführt worden ist, rund 1.1 Mio.

Fr. an Schulden zurückbezahlt werden konnten. Der grössere Anteil von **63.8% der Schulden** musste hingegen **abgeschrieben** werden.⁴⁸ Verrechnen wir diesen Anteil am Gesamt der durch Glücksspielsucht von Casino-Spielenden entstandenen Schulden, so ergibt sich eine Summe von **140.8 Mio. Fr. an ausgefallenen Schulden** (CI 95%: 44.5 Mio. Fr. bis 237.1 Mio. Fr.).

Diese Schulden sind über mehrere Jahre angehäuft worden. Nehmen wir eine durchschnittliche Zeitspanne von rund 5 Jahren zur Anhäufung der Glücksspielschulden an, die seit dem regelmässigen Besuch von Casinos besteht (vgl. vorangehender Abschnitt sowie Künzi et al. 2004, 182), so sind **innerhalb eines Jahres** durchschnittlich 44.1 Mio. Fr. neu entstanden; davon dürften durchschnittlich **28.2 Mio. Fr. ausfallen**.

Tabelle 22: Schulden und Schuldenausfall aufgrund von problematischem/pathologischem Casino-Spiel

	problematisch	pathologisch	problematisch & pathologisch
Schulden pro Kopf	3'875	27'596	11'241
CI 95% Untergrenze	854	15'574	7'517
CI 95% Obergrenze	6'896	39'618	14'964
Schulden Gesamt	52'446'358	168'206'609	220'652'967
CI 95% Untergrenze	3'565'001	25'475'214	69'783'360
CI 95% Obergrenze	101'327'714	310'938'005	371'522'574
ausgefallene Schulden	33'476'567	107'366'462	140'843'029
CI 95% Untergrenze	2'275'544	16'260'857	44'542'795
CI 95% Obergrenze	64'677'590	198'472'067	237'143'264
pro Jahr Schulden	10'489'272	33'641'322	44'130'593
pro Jahr Ausfall	6'695'313	21'473'292	28'168'606

Quelle: Befragung der gesperrten Spieler/innen, SGB 2007, Verein Schuldensanierung 2007, Berechnungen BASS

5.4.3 Diebstähle

Bereits in Abschnitt 5.1.2 zu den Verwaltungskosten wurde ausgeführt, dass aufgrund von Delikten der pathologischen Casino-Spieler/innen, von denen ein Anteil von 19% «illegale Handlungen» rapportierte, Kosten aufgrund der Strafverfolgung entstehen. 90% dieser Delikte betreffen Vermögensdelikte (vgl. Abschnitt 4.5). Daher stellt sich die Frage, welchen Betrag diese Vermögensdelikte ausmachen. Es findet sich jedoch in der öffentlichen Statistik sowie in der Forschungsliteratur kein Hinweis auf die Deliktsumme bei Beschaffungskriminalität. Wir unterlassen daher eine Schätzung der mit Beschaffungskriminalität verbundenen pekuniären Wirkungen, weisen aber darauf hin, dass je nach durchschnittlicher Deliktsumme zwischen 5'000 und 50'000 Fr. ein erheblicher Betrag an sozialen pekuniären Wirkungen anfallen könnte.

5.4.4 Transferzahlungen

Wie bereits in den Abschnitt 4.2 und 4.3 dargestellt worden ist, gibt es Casino-Spieler/innen, die aufgrund der Probleme mit dem Casino-Spiel arbeitslos geworden sind (3.5% aller Casino-Spieler/innen mit einem Glücksspielproblem) resp. die Sozialhilfe benötigt haben (1.7% aller Casino-Spieler/innen mit einem Glücksspielproblem). Hochgerechnet betrifft dies 686 Fälle von Arbeitslosigkeit bzw. 337 Fälle von Sozialhilfebezug.

In **Tabelle 23** wird dargestellt, welche Summen an staatlichen Unterstützungsleistungen Personen ausbezahlt werden, die aufgrund der Probleme mit dem Casino-Spiel entsprechende Unterstützungsleistungen bezogen haben. Die durchschnittlichen Kosten eines Falls in der Arbeitslosenversicherung sind rund halb

⁴⁸ Dieser Anteil stimmt in etwa mit dem in Künzi et al. (2004, 182) verwendeten Anteil von ausgefallenen Schulden überein.

so hoch wie diejenigen in der Sozialhilfe. Dies rührt hauptsächlich daher, dass die Bezugsdauer bei der ALV begrenzt ist. Gemäss Statistik der Arbeitslosenversicherung (BFS 2008) betrug die durchschnittliche Bezugsdauer für das Jahr 2007 90 Tage. Bei den anfallenden Sozialhilfekosten werden die Kosten eines Falls angenommen, die sich auf den Haushalt beziehen. Die Höhe des Anspruchs wird in der Sozialhilfe auf der Ebene des Haushalts berechnet, daher macht diese Betrachtung auch hier Sinn.⁴⁹

Insgesamt fallen in der ALV geschätzte 7.8 Mio. Fr. an Transferzahlungen jährlich an, in der Sozialhilfe 7.6 Mio. Fr. Zusammen sind dies **15.4 Mio. Fr. an staatlichen Transferzahlungen jährlich**.

Zu diesen Transferzahlungen kommen zusätzliche soziale Transfers hinzu, welche Ausfälle decken, die wegen den Glücksspielproblemen aufgrund des Spielens in Casinos entstehen. Dabei handelt es sich primär um Alimente, die von den Personen mit Glücksspielproblemen nicht mehr bezahlt werden können. Dies trifft in 2% der Fälle auf problematische sowie in 4% der Fälle auf pathologische Casino-Spieler/innen zu. Hochgerechnet fallen jährlich 452 Alimentezahlungen aufgrund der Glücksspielprobleme aus. Eine durchschnittliche Alimentezahlung beläuft sich laut Sozialbericht des Kantons Bern (GEF 2009, 41) auf 14'100 Fr. pro Jahr. In der Summe fallen daher **Alimentezahlungen** in der Höhe von **6.4 Mio. Fr. jährlich** aus. Dieser Ausfall stellt eine pekuniäre Wirkung dar, die von den betroffenen Haushalten getragen werden muss. Zu einem gewissen Anteil werden diese Alimente durch den Staat bevorschusst, der Anteil ist jedoch nicht bekannt und wird daher nicht berechnet.

Tabelle 23: Staatliche Transferzahlungen und ausgefallene Alimente wegen Problemen mit Casino-Spiel

	%-Anteil	Kostenschätzer	Kostensumme
Arbeitslosenversicherung	3.5%	11'423	7'836'277
Sozialhilfe	1.7%	22'241	7'492'569
ausgefallene Alimente	2.3%	14'100	6'371'632
Gesamt			21'700'477

Quelle: Befragung der gesperrten Spieler/innen, SGB 2007; Website Bundesamt für Sozialversicherungen (www.bsv.admin.ch/dokumentation/zahlen/00093/00422/01368/index.html?lang=de); Website BFS, Sozialhilfestatistik 2006 (www.bfs.admin.ch); GEF (2009); Berechnungen BASS

5.5 Übersicht über die Kosten und deren Finanzierung

In diesem Abschnitt sollen die Berechnungen zu den sozialen Kosten des Glücksspiels in Casinos zusammengeführt werden. **Tabelle 24** zeigt die jährlichen sozialen Kosten, welche sich in tangible Kosten, intangible Kosten und pekuniäre Wirkungen aufteilen. Letztere stellen gegenüber den realen sozialen Kosten keine «echten» sozialen Kosten dar, sondern resultieren aus Umverteilungen von Vermögen und Einkommen in der Gesellschaft.

■ Die **direkten sozialen Kosten** betragen **jährlich 8.6 Mio. Fr.** und werden zu 42% durch die öffentliche Hand (Bund, Kantone, Gemeinden) getragen. Weitere 30% der direkten Kosten tragen die Sozialversicherungen resp. Krankenversicherungen. Schliesslich tragen private Organisationen über Beiträge und Spenden sowie die Glücksspieler/innen selber weitere 28% der direkten Kosten.⁵⁰ Die direkten sozialen Kosten machen **12.4% der gesamten tangiblen sozialen Kosten** des Glücksspiels in Casinos aus.

⁴⁹ Das Rechnen mit Durchschnittswerten ist zulässig, da die Personen mit Glücksspielproblemen in Zusammenhang mit Casinos im allgemeinen Löhne in der Höhe des Bevölkerungsdurchschnitts und vergleichbare Haushaltsstrukturen aufweisen (vgl. Abschnitt 4.2).

⁵⁰ Die Aufteilung der Finanzierung der Beratungs- und Behandlungskosten zwischen Glücksspieler/innen und privaten Organisationen wurde aufgrund der Nennungen im Fragebogen mit einem Drittel zu zwei Dritteln vorgenommen. Die beiden Kategorien waren unter «weitere Finanzierungsquellen» erfasst worden.

■ Die **indirekten sozialen Kosten** betragen **61.05 Mio. Fr. jährlich**. Diese werden zu zwei Dritteln durch die Arbeitgeber getragen, da es sich hauptsächlich um Kosten in Zusammenhang mit der Personalfuktuation (Stellenwechseln, Arbeitslosigkeit), Krankheitsabwesenheiten und verminderter Produktivität am Arbeitsplatz handelt. Ein weiteres Viertel der indirekten Kosten werden durch die Familie der Glücksspielenden getragen, hierbei handelt es sich um ausgefallene Betreuungsleistungen. Dazu kommen die indirekten Kosten durch Todesfälle, die etwa zur Hälfte durch die Glücksspielenden «getragen» werden sowie durch die Familie und die Gesellschaft als Ganzes.⁵¹ Die indirekten sozialen Kosten machen **87.6% der tangiblen sozialen Kosten** aus. Zur besseren Vergleichbarkeit mit den indirekten Kosten anderer Suchtprobleme in der Schweiz werden die indirekten Kosten auch ohne Einbezug der Fluktuationskosten dargestellt, da diese in den Studien zum Alkohol- und Tabakkonsum nicht berücksichtigt worden sind (vgl. Abschnitt 5.6). Die entsprechende Summe beträgt dann 34.52 Mio. Fr. jährlich.

■ Die **tangiblen sozialen Kosten** setzen sich zusammen aus den direkten und indirekten Kosten und betragen **insgesamt 69.7 Mio. Fr. jährlich**. Pro Fall (bei geschätzten 19'630 Personen mit Glücksspielproblemen wegen dem Casino-Spiel) ergeben sich damit 3'549 Fr. Die gesamten Kosten werden zu 57% durch die Arbeitgeber getragen, die die Hauptlast der Produktivitätsverluste zu tragen haben. Ein Fünftel wird durch die Familie der Casino-Spielenden mit Glücksspielproblemen getragen. Die restlichen tangiblen sozialen Kosten teilen sich die Glücksspielerin bzw. der Glücksspieler selbst (9%), die öffentliche Hand (5%), die Sozial- und Krankenversicherungen (4%) sowie die Gesellschaft als Ganzes (3%). Auch die tangiblen sozialen Kosten werden zur besseren Vergleichbarkeit mit den tangiblen sozialen Kosten anderer Suchtprobleme in der Schweiz zusätzlich ohne Einbezug der Fluktuationskosten dargestellt, da diese in den Studien zum Alkohol- und Tabakkonsum nicht berücksichtigt worden sind (vgl. Abschnitt 5.6). Die entsprechende Summe beträgt 43.14 Mio. Franken jährlich.

■ Die **intangiblen Kosten** des Glücksspiels wurden im Rahmen der vorliegenden Studie nicht monetarisiert. In den Abschnitten 4.3 und 4.4 wird auf familiäre und gesundheitliche Belastungen der Personen mit Glücksspielproblemen in Casinos eingegangen. Unter den **pathologischen Casino-Spieler/innen** gaben über zwei Drittel **familiäre Probleme** an, die durch das Casino-Spiel ausgelöst seien. Ebenfalls viele Personen mit Spielproblemen leiden an **psychischen Problemen** (Depressionen, Angstzustände etc.), die gemäss ihren Angaben durch das Spielen im Casino verursacht wurden. Bei den problematischen Casino-Spieler/innen sind dies 37%, bei pathologischen Casino-Spieler/innen 71% der Personen. Des Weiteren wurden auch die **pekuniären Wirkungen** des Casino-Spiels bestimmt. Diese bilden keine realen Kosten, weil sie Verschiebungen von Vermögen und Einkommen von einer Akteursgruppe zur anderen bedeuten. Je nach Vorstellung von Verteilungsgerechtigkeit können jedoch auch diese Kosten zumindest als «soziale Probleme» interpretiert werden. Dabei handelt es sich zum Grossteil um Vermögensverluste bei den betroffenen Casino-Spieler/innen (93 Mio. Fr.), um Vermögensverluste der Familien und ausgefallene Alimentezahlungen (71 Mio. Fr.) sowie um nicht zurückbezahlte Schulden in der Höhe von rund 28 Mio. Fr. jährlich. Hinzu kommen Transferzahlungen des Sozialstaats (ALV, Sozialhilfe) in der Höhe von rund 15 Mio. Fr. jährlich. Die pekuniären Wirkungen des Glücksspiels in der Schweiz sind damit auf **rund 208 Mio. Fr. jährlich** zu schätzen.

⁵¹ Für die Aufteilung des Produktivitätsausfalls aufgrund der Todesfälle wurde der Eigenkonsum der Person zugerechnet (53% der Bruttoproduktivität), der Rest wurde bei Einpersonenhaushalten (35% der pathologischen Casino-Spieler/innen der Gesellschaft, bei Mehrpersonenhaushalten (65%) der Familie zugerechnet.

5 Höhe der sozialen Kosten

Tabelle 24: Geschätzte jährliche soziale Kosten des Glücksspiels in Casinos in der Schweiz und deren Finanzierung (in Mio. Fr.)

	Spieler/in	Familie Spieler/in	Arbeitgeber	Bund/ Kantone/ Gemeinden	Sozial-/ Kranken- versicherungen	Gesellschaft	Gesamt
<i>Direkte Kosten</i>							
- Kosten für Beratung und Behandlung	0.09			1.62	1.06	0.19	2.97
- Verwaltungskosten für Kriminalität				1.96			1.96
- Verwaltungskosten für soziale Sicherheit					1.55		1.55
- Kosten für Scheidungen	1.07	1.07					2.14
- Kosten für Prävention und Forschung	X			X			
Gesamt direkte Kosten	1.17	1.07	0.00	3.58	2.61	0.19	8.62
Anteile direkte Kosten	14%	12%	0%	42%	30%	2%	100%
<i>Indirekte Kosten</i>							
- Fehlen am Arbeitsplatz			4.50				4.50
- Verminderte Leistungsfähigkeit bei der Arbeit			8.45				8.45
- Fluktuationskosten			26.53				26.53
- Produktivitätsverlust Hausarbeit		10.48					10.48
- Produktivitätsverlust Todesfälle	5.26	3.80				2.01	11.07
Gesamt indirekte Kosten	5.26	14.29	39.49	0.00	0.00	2.01	61.05
Anteile indirekte Kosten	9%	23%	65%	0%	0%	3%	100%
Gesamt indirekte Kosten Vergleich (Abschnitt 5.6)							49.84
Gesamt tangible Kosten (direkt + indirekt)	6.42	15.36	39.49	3.58	2.61	2.20	69.67
Anteile tangible Kosten	9%	22%	57%	5%	4%	3%	100%
Gesamt tangible Kosten Vergleich (Abschnitt 5.6)							58.47
<i>Intangible Kosten</i>							
- Leid der betroffenen Person und Ihres Umfelds	X	X	X				
<i>Pekuniäre Wirkungen</i>							
- Ausgefallene Schulden						28.17	28.17
- Staatliche Transfers bei Armut, Arbeitslosigkeit				7.49	7.84		15.33
- Ausgefallene Alimente		6.37					6.37
- Kosten Diebstähle			X			X	
- Vermögensverlust	92.91	64.91					157.82
Gesamt pekuniäre Wirkungen	92.91	71.28	0.00	7.49	7.84	28.17	207.69
Anteile pekuniäre Wirkungen	45%	34%	0%	4%	4%	14%	100%

Quelle: Berechnungen BASS

5.6 Vergleich der Kostensituation mit anderen Problemkomplexen

In diesem Abschnitt wird ein Vergleich angestellt zwischen den sozialen Kosten der Glücksspielsucht und den sozialen Kosten anderer (substanzgebundener) Süchte, für welche bereits Kostenberechnungen für die Schweiz bestehen. Dabei wurden die im Rahmen der vorliegenden Studie und dem verwendeten produktivitätsorientierten Ansatz berechneten Zahlen zur Glücksspielsucht in Casinos zur besseren Vergleichbarkeit mit den bestehenden Studien angepasst. Weggelassen wurden im Vergleich die berechneten Fluktuationkosten in der Höhe von 26.5 Mio. Fr. bei den indirekten Kosten, da diese Kostenart bei den anderen Studien nicht berücksichtigt worden ist. Zudem wurde ein Teil der pekuniären Wirkungen unter den indirekten Kosten berücksichtigt, dies betrifft die Renten aus der Arbeitslosenversicherung sowie die bezogenen Sozialhilfegelder (vgl. Tabelle 24: «staatliche Transfers bei Armut, Arbeitslosigkeit»). Diese wurden in anderen Studien (entgegen Empfehlungen aus der Literatur, vgl. Abschnitt 2.1.6 bzw. Eadington 2003, 194) als Schätzwerte für den Produktivitätsausfall mit einbezogen. Andere Kostenarten wurden teilweise in den Vergleichsstudien auf Null geschätzt.

■ **Soziale Kosten des Tabakkonsums:** Die gesamten jährlichen sozialen Kosten betragen 11 Mia. Fr., zu Preisen von 2008. Dabei machen die intangiblen Kosten rund die Hälfte der sozialen Kosten aus. Pro Kopf gerechnet sind die sozialen Kosten des Glücksspiels in Casinos gleich hoch wie diejenigen des Tabakkonsums. Die direkten Kosten einer Person mit Glücksspielproblemen machen 63% derjenigen einer tabakabhängigen Person aus. Die indirekten Kosten einer Person mit Glücksspielproblemen liegen hingegen um 15% höher als diejenigen einer tabakabhängigen Person. Zu bemerken ist, dass die Berechnung der sozialen Kosten des Tabakkonsums keine Produktivitätsverluste am Arbeitsplatz beinhaltet. Hingegen wurden temporäre Abwesenheiten wegen Krankheit berücksichtigt.

■ **Soziale Kosten des Alkoholkonsums:** Die gesamten jährlichen sozialen Kosten betragen 7 Mia. Fr., zu Preisen von 2008. Dabei machen die intangiblen Kosten rund zwei Drittel der gesamten sozialen Kosten aus. Pro Kopf liegen die sozialen Kosten des Alkoholkonsums gegenüber denjenigen des Glücksspiels in Casinos um mehr als das Doppelte höher. Die direkten Kosten sind mit 2'266 Fr. gegenüber 439 Fr. um den Faktor 5 höher, während die indirekten Kosten pro Fall doppelt so hoch liegen (4'571 gegenüber 2'539 Fr.). Nicht berechnet wurden in der Studie zu den sozialen Kosten des Alkoholkonsums die indirekten Kosten aufgrund von Abwesenheiten wegen Krankheit bzw. diese wurden auf Null geschätzt. Ebenso wurde aufgrund beigezogener Literatur der Produktivitätsverlust am Arbeitsplatz auf Null geschätzt.⁵²

■ Die Pro-Kopf-Werte der sozialen Kosten des **Konsums illegaler Drogen** hingegen bewegen sich in völlig anderen Bandbreiten. Die direkten Kosten pro Kopf betragen über 50'000 Fr. jährlich, die indirekten Kosten liegen bei 84'000 Fr. jährlich.

Der Vergleich zeigt, dass problembehaftetes Glücksspiel in Casinos pro Kopf ein soziales Problem darstellt, das in etwa demjenigen der Tabakabhängigkeit entspricht (tangible Kosten pro Kopf von rd. 2'978 Fr. vs. 2'906 Fr.). Gegenüber dem Alkohol (rd. 6'836 Fr.) liegen die pro Kopf-Kosten der Spielsucht bei Casino-Spieler/innen deutlich tiefer. Dabei ist ein Vergleich der Süchte und der entsprechenden Studien sehr

⁵² Jeanrenaud et al. (2003, 57) fassen in ihrer Studie die Literatur im Bereich Alkoholsucht zum Thema verminderte Arbeitsproduktivität am Arbeitsplatz zusammen. Dabei wird allerdings nur auf Veränderungen der Produktivität verwiesen, die sich in tieferen Löhnen niederschlagen. Beigezogen werden Studien von Harwood et al. (1984) sowie Rice et al. (1990), die um 10 bis 20% tiefere Einkommen aufgrund von Alkoholproblemen nachweisen. Andere Studien postulieren hingegen einen nicht signifikanten bzw. positiven Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Einkommen. Bei unserer Studie gehen wir davon aus, dass sich die verminderte Produktivität nicht direkt in tieferen Löhnen niederschlägt: Erstens dürfte die Glücksspielsucht im Vergleich zur Alkoholsucht ein eher kurz- bis mittelfristiges Phänomen sein. Zweitens dürften die Löhne von Angestellten, die an der gleichen Arbeitsstelle arbeiten, tendenziell nicht flexibel gegen unten sein; eine Lohnsenkung dürfte eher erst bei einem Stellenwechsel eintreten.

schwierig. Auf der Ebene der Gesellschaft sind die Kosten des Glücksspiels in Casinos relativ klein aufgrund der geringen betroffenen Population von rund 20'000 Personen. Beim Tabak sind fast 2 Mio., beim Alkohol rund 360'000 Personen von Sucht betroffen. Die vom Konsum illegaler Drogen abhängigen Personen bilden zwar eine ähnlich grosse Bevölkerungsgruppe (rund 30'000 Personen) wie diejenige der Casino-Spieler/innen mit Glücksspielproblemen, die damit verbundenen gesamten sozialen Folgekosten liegen aber eher in der Grössenordnung der breiteren Suchtphänomene Alkohol und Tabak.

Tabelle 25: Vergleich der sozialen Kosten des Glücksspiels in Casinos mit anderen Problemkomplexen (Tabak, Alkohol, Drogen), zu Preisen 2008

	Glücksspiel in Casinos	Tabak	Alkohol	illegale Drogen
<i>Gesamt (Mio. CHF)</i>				
direkte Kosten	8.6	1'367.7	808.9	1'536.3
indirekte Kosten	49.8	4'299.4	1'631.7	2'516.8
intangible Kosten	n.a.	5'599.3	4'775.7	425.6
Soziale Kosten	58.5	11'266.4	7'216.3	4'478.7
Anzahl Personen	19'630	1'950'000	357'000	30'000
<i>pro Kopf-Werte (CHF)</i>				
direkte Kosten	439	701	2'266	51'209
indirekte Kosten	2'539	2'205	4'571	83'894
tangible Kosten	2'979	2'906	6'836	135'103
intangible Kosten	n.a.	2'871	13'377	14'187

Anmerkung: Damit eine annähernde Vergleichbarkeit gegeben ist, erfolgte bei der Berechnung der indirekten Kosten des Glücksspiels in Casinos gegenüber Tabelle 24 eine Anpassung an die Designs der Studien zu Tabak und Alkohol
Quelle: Berechnungen BASS; Vitale et al. (1998, 93); Jeanrenaud et al. (2003, IX); Jeanrenaud et al. (2005b, II/80)

Es ist zu vermuten, dass im Vergleich zu den anderen Suchtproblemen bei der Glücksspielsucht die pekuniären Wirkungen pro Fall höher sind. Diese stellen Verschiebungen von monetären Werten innerhalb der Gesellschaft dar, welche einen Einfluss auf die Verteilung des Wohlstands in der Gesellschaft haben, nicht aber auf die Summe des Wohlstands bzw. der Wertschöpfung. Im Rahmen der Studie quantifiziert wurden pekuniäre Wirkungen in Form von ausgefallenen Schulden, ausgefallenen Alimentenzahlungen, Vermögensverlusten und staatlichen Transfers der Arbeitslosenversicherung und der Sozialhilfe. Letztere wurden im oben dargestellten Vergleich bereits berücksichtigt, da ähnliche Kostenelemente in der Studie zu den sozialen Kosten des Alkoholkonsums (Jeanrenaud 2005b, 58ff) mit eingerechnet worden sind.

Bei pekuniären Wirkungen entsteht zwar für betroffene Akteure ein Schaden, z.B. in Form von Debitorenabschreibungen bei ausgefallenen Schulden oder in Form von vermindertem verfügbarem Einkommen bzw. Vermögen. Auf der anderen Seite entsteht aber anderen Akteuren in der Gesellschaft ein Vorteil bzw. Nutzen in der gleichen Höhe, hier z.B. in Form der höheren Einnahmen der Casinos und der damit verbundenen Spielbankenabgabe sowie den bezahlten Löhnen der Casinoangestellten. Die Höhe der pekuniären Wirkungen wurde in Abschnitt 5.4 bestimmt. Je nach Vorstellung über die Verteilungsgerechtigkeit innerhalb der Gesellschaft können die pekuniären Wirkungen zumindest als negative Auswirkungen auf die Gesellschaft bezeichnet werden. Bei der Beurteilung der Verteilungsgerechtigkeit pekuniärer Wirkungen sind sowohl Fragen der gesellschaftlichen Rechtsordnung sowie Fragen des Anspruchs auf Bestandswahrung mit einzubeziehen.

Die im Rahmen unserer Studie befragten Expert/innen äusserten sich zum Vergleich der Glücksspielsucht mit anderen Süchten wie folgt:

- Einerseits könnte es sein, dass ein grösserer Personenkreis (bis zu 15 Personen, vgl. Abschnitt 4.3) von einem individuellen Fall von Glücksspielsucht betroffen ist als bei anderen stoffgebundenen Süchten wie z.B. Alkohol oder Tabak. Allerdings scheinen im Umfeld von Alkoholkranken häufiger psychiatrische Krankheitsbilder vorzukommen.
- Die stoffgebundenen Süchte führen stärker zu gesundheitlichen Schädigungen der konsumierenden Personen, während die Glücksspielsucht hauptsächlich zu psychischen und sozialen Schädigungen der betroffenen Person und ihres Umfelds führen.
- Es wird die Vermutung geäussert, dass die sozialen Kosten pro Fall bei alkohol- und tabakabhängigen Personen höher sind als bei einem Fall von Glücksspielsucht, wegen dem resultierenden Arbeitsausfall, der auch in die Invalidität führen könne. Die kognitiven Leistungen nähmen bei Alkoholkranken stark ab.
- Der zeitliche Verlauf einer Kostenkarriere ist bei den substanzgebundenen Abhängigkeiten anders als bei der Glücksspielsucht: Bei Glücksspielsüchtigen entstehe schneller ein sozioökonomischer Schaden, aber irgendwann sei «das Pulver verschossen». Hingegen ziehe sich bei substanzgebundenen Abhängigkeiten der Schaden langfristig weiter.
- Als gute Referenzgrösse für die sozialen Kosten des Glücksspiels wird die australische Studie der Productivity Commission (1999) angegeben. Dabei sei es wichtig, alle Aspekte der sozialen Kosten mit zu berücksichtigen.
- Die Glücksspielsucht wird von den Expert/innen in der Summe als geringerer volkswirtschaftlicher Schaden eingeschätzt als die Alkohol- oder Tabaksucht.

Der im vorletzten Punkt angesprochene Vergleich mit der internationalen Literatur ist schwierig. In der Untersuchung der Productivity Commission wurde eine andere Kostensystematik angewendet als in der vorliegenden Studie. In einer viel beachteten Studie aus den USA (Gerstein et al. bzw. NORC 1999) wurden Kostenschätzungen für tangiblen soziale Kosten von problematischen und pathologischen Glücksspieler/innen berechnet. Pro Jahr ergaben sich 560\$ für problematische Glücksspieler/innen und 1'050\$ für pathologische Glücksspieler/innen. Allerdings wurden hier einige Kosten nicht quantifiziert, die wir in unserer Studie quantifiziert haben. Ein detaillierter Vergleich mit internationalen Resultaten wäre sehr aufwendig und sollte allenfalls auch die zu erwartenden Kostenschätzungen für die intangiblen Kosten gemäss den Studie der Universität Neuenburg miteinbeziehen (vgl. Fussnote 47).

5.7 Kostenverursacher - Merkmale der Spieler/innen

In diesem Abschnitt werden einige soziodemografische Angaben aus der Befragung der gesperrten Spieler/innen dargestellt. Aus den Auswertungen in Kapitel 4 zu den individuellen und sozialen Folgen des Glücksspiels in Casinos ist hervorgegangen, dass sich die Kostenverursachung respektive das Tragen der Belastungen relativ gut mit der über den Lie/Bet-Screen ermittelten Kategorisierung des Schweregrads der Glücksspielproblematik deckt: Pathologische Spieler/innen verursachen im Durchschnitt höhere Kosten als problematische Spieler/innen und tragen höhere Belastungen.

Die nachfolgenden Auswertungstabellen (**Tabelle 26** und **Tabelle 27**) geben nochmals übersichtlich Anhaltspunkte darüber, welche sozio-ökonomischen Merkmale die problematischen und pathologischen Spieler/innen aufweisen und welche Aussagen bezüglich ihres Spielverhaltens gemacht werden können.

Tabelle 26: Übersicht über soziodemografische Merkmale der problematischen und pathologischen Casino-Spieler/innen

	Problematische Spieler	Pathologische Spieler
Geschlecht		
Mann	81%	77%
Frau	19%	23%
Total	100% (59)	100% (52)
Alter		
18 bis 30 Jahre	38%	29%
31 bis 40 Jahre	28%	35%
41 bis 50 Jahre	17%	14%
51 bis 64 Jahre	12%	16%
65 Jahre und älter	5%	6%
Total	100% (60)	100% (49)
Durchschnittsalter in Jahren	37.6	39.9
Nationalität		
Schweizer/in	47%	31%
Ausländer/in	51%	53%
Doppelbürger/in	2%	16%
Total	100% (59)	100% (49)
Wohnort		
Schweiz	83%	83%
Ausland	17%	17%
Total	100% (58)	100% (47)
Haushaltssituation		
Einpersonenhaushalt	29%	33%
Alleinerziehend (Kind oh. Partner)	5%	2%
(Ehe-)Paarhaushalt ohne Kinder	19%	16%
(Ehe-)Paarhaushalt mit Kind/ern	23%	33%
Übrige (mit Eltern, in WG; mit od. oh. Kind)	24%	16%
Total	100% (62)	100% (49)
Höchste abgeschlossene Ausbildung		
Obligatorische Schule	22%	25%
Anlehre, 1 Jahr Handelsschule, Haushaltslehrjahr	0%	0%
Berufslehre oder Vollzeit-Berufsschule	54%	35%
Diplommittelschule, Matura, Lehrerseminar	5%	13%
Technikum, Höhere Fachschule (HTL/HWV), Höh. Fachausweis	8%	13%
Universität, Hochschule, Fachhochschule	8%	12%
Anderes	2%	2%
Total	100% (59)	100% (52)
Hauptsächliche Erwerbssituation*		
Erwerbstätig	84%	81%
Arbeitslos	7%	4%
In Ausbildung / Schule	2%	4%
Hausfrau/Hausmann	0%	2%
Im Altersruhestand / Altersrentner/in	5%	8%
IV-Rentner/in	3%	2%
Total	100% (61)	100% (53)
Persönliches monatliches Brutto-Einkommen (Fr.)*		
Weniger als 2'000	7%	14%
2'000 bis knapp 3'000	10%	8%
3'000 bis knapp 4'500	31%	27%
4'500 bis knapp 6'000	33%	24%
6'000 bis knapp 8'000	13%	18%
8'000 bis knapp 10'000	3%	4%
10'000 bis knapp 15'000	3%	4%
15'000 oder mehr	0%	2%
Total	100% (61)	100% (51)
Durchschnitt in Fr.	4'824	5'020

Anmerkungen: *Die entsprechenden Fragen beziehen sich auf die letzten 12 Monate vor der Sperrung
Quelle: Befragung der gesperrten Spieler/innen (n=jeweils in Klammern)

Tabelle 27: Übersicht über Merkmale der Casino-Besuche bei problematischen und pathologischen Casino-Spieler/innen

	Problematische Spieler	Pathologische Spieler
Phase des regelmässigen Casino-Besuchs (mind. 1 x pro M.)		
seit 0 bis 1 Jahre	27%	27%
seit 2 bis 3 Jahren	25%	18%
seit 4 bis 5 Jahren	10%	27%
seit 6 bis 7 Jahren	12%	4%
seit 8 bis 9 Jahren	17%	6%
seit 10 und mehr Jahren	10%	18%
Total	100% (60)	100% (49)
Durchschnittliche Dauer in Jahren	4.7	5.8
Hauptsächliches Casino-Spiel vor der Sperrung		
Hauptsächlich Tische	25%	17%
Hauptsächlich Automaten	64%	68%
Beides gleich häufig	11%	15%
Total	100% (61)	100% (53)
Durchschnittliche Häufigkeit der Casino-Besuche*		
1-3x/Monat	38%	25%
1-2x/Woche	43%	40%
3-4x/Woche	15%	32%
5-7x/Woche	3%	2%
Anderes	2%	2%
Total	100% (61)	100% (53)
In durchschnittlichem Monat verspieltes Geld (Fr.)*		
Weniger als 100 Fr.	2%	0%
100 bis knapp 500 Fr.	25%	10%
500 bis knapp 1'000 Fr.	15%	15%
1'000 bis knapp 2'000 Fr.	25%	29%
2'000 bis knapp 5'000 Fr.	25%	31%
5'000 bis knapp 10'000 Fr.	5%	8%
10'000 oder mehr Fr.	5%	8%
Total	100% (61)	100% (52)
Durchschnitt in Fr.	2'521	3'385

Anmerkungen: *Die entsprechenden Fragen beziehen sich auf die letzten 12 Monate vor der Sperrung
Quelle: Befragung der gesperrten Spieler/innen (n=jeweils in Klammern)

Es zeigt sich, dass eine generelle Aussage zur Frage der Kostenverursacher aufgrund der verfügbaren Daten schwierig ist. Bezüglich der Risiken, ein problematischer oder pathologischer - und damit im Schnitt hohe Kosten verursachender - Spieler zu werden bzw. zu sein, ergeben sich wenig neue Erkenntnisse. Wie in anderen Studien zur Glücksspielsucht scheinen die relevanten Faktoren ein männliches Geschlecht zu sein, eine relativ hohe Spielfrequenz und das bevorzugte Spielen an Automaten.⁵³ Ein relativ hoher Zusammenhang scheint zudem mit einer ausländischen Nationalität zu bestehen.

Soziodemografische Daten von ambulant und stationär behandelten Spielern sowie von Mitgliedern aus Selbsthilfegruppen belegen bei den Casino-Spielern einen kaum von der Gesamtbevölkerung abweichenden Bildungsstand sowie ein bevölkerungsmässiges Einkommen. Spielbankenbesucher würden sich in Bezug auf Alter und soziale Schicht nicht wesentlich von der Normalbevölkerung unterscheiden. In spezifischen Untersuchungen werden hingegen Automatenspieler den vergleichsweise unteren Einkommens- und Bildungsgruppen zugeordnet (Meyer/Bachmann 2005).

⁵³ Befragt nach der problembehafteten Glücksspielform nennen in empirischen Untersuchungen bei Spieler/innen in ambulanten oder stationären Einrichtungen sowie Selbsthilfegruppen rund 90% die Geldspielautomaten. Dieser Befund ergab sich auch bei der Befragung der Beratungs- und Behandlungsstellen in der Schweiz von 2002 (vgl. Künzi et al. 2004).

Generell gibt es ein sehr breites Spektrum möglicher Einflussgrößen zur Entwicklung eines problematischen oder pathologischen Spielverhaltens. Die Bedeutung einzelner Komponenten variiert nicht nur von Spieler zu Spieler, sondern ändert sich auch im individuellen Lebensverlauf sowie in den Entwicklungsphasen der Spielerkarriere.⁵⁴

Die befragten Expert/innen schätzen die im Rahmen der Befragung gewonnene Verteilung der individuellen Merkmale als grundsätzlich repräsentativ für das Gesamt der problematischen/pathologischen Casino-Spieler/innen ein. Bezüglich Problemverursachung haben sie folgende Einschätzungen:

- Das Verhältnis von Mann zu Frau entspreche den üblichen Werten aus der Literatur. Die Männer würden länger mit der Kontaktaufnahme mit Sozialkonzepten warten und daher sei bei ihnen die Suchtentwicklung bereits fortgeschrittener zum Zeitpunkt des Sperrungsgesprächs. In der Regel sei der Anteil der Männer bei den pathologischen Casino-Spieler/innen höher als bei den problematischen.
- Das ermittelte Durchschnittsalter entspreche den Werten von Personen, die sich wegen eines Glücksspielproblems in Zusammenhang mit Casino-Spiel in Beratung/Behandlung befinden würden. Je nach Alter würden unterschiedliche Glücksspiele gespielt (z.B. Pokerturniere eher von jüngeren Personen).
- Ausländer/innen seien bei den Personen mit problematischem/pathologischem Casino-Spiel eindeutig übervertreten. Es gebe dafür mehrere Gründe. Einerseits seien kulturelle und migrationsspezifische Gründe ausschlaggebend. Andererseits bestünde ein starker «Casino-Tourismus» bei den grenznahen Casinos. Und schliesslich suchten Ausländer/innen weniger schnell Hilfe, wenn sie Probleme mit dem Glücksspiel hätten. Dies wiederum habe kulturelle und sprachliche Ursachen.

Aus den Kostenberechnungen ging hervor, dass insbesondere im Bereich der Produktivitätsverluste (Fluktuationskosten durch Stellenwechsel aufgrund des Casino-Spiels, durch Fehlen am Arbeitsplatz, durch verminderte Produktivität wegen Gedanken ans Casino-Spiel wie auch durch ausgefallene Kinderbetreuungsleistungen) relativ hohe soziale Kosten entstehen. Weniger ins Gewicht fallen hingegen die direkten Kosten in den Bereichen Beratung/Behandlung oder Verwaltungsaufwand für Scheidungen, Arbeitslosigkeit oder Strafverfolgungsverfahren. Vor diesem Hintergrund scheint es aus der Sicht der Vermeidung sozialer Kosten sinnvoll zu sein, bei der Beurteilung der Spieler/innen im Casino bzw. einer allfälligen Problemlage das Augenmerk auf die Erwerbssituation bzw. die Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz zu richten.

Werden die pekuniären Wirkungen in die Überlegungen miteinbezogen, so fallen vor allem die verspielten Vermögenswerte und die Verschuldung, genauer die ausgefallenen Schuldenrückzahlungen, ins Gewicht.

⁵⁴ Unzweifelhaft geht die leichte Verfügbarkeit von Glücksspielen mit einer Auftrittswahrscheinlichkeit pathologischen Spielverhaltens bei entsprechend gefährdeten Personen einher. Dies lässt sich in der historischen Entwicklung gut nachweisen (Meyer/Bachmann 2005, 79).

6 Entwicklung in den letzten Jahren

Um Einschätzungen zu den Entwicklungen in den letzten Jahren zu erhalten, wurde unter anderem eine entsprechende Frage in der Befragung der Beratungs- und Behandlungsstellen wie auch in den Experteninterviews gestellt. Daneben können zwei Prävalenzstudien beigezogen werden, die mit einem identischen Instrument in den Jahren 1998 und 2005 durchgeführt wurden. In Bezug auf die stationären Behandlungen gibt die Medizinische Statistik der Krankenhäuser Auskunft.

6.1 Prävalenzen für Personen mit Glücksspielproblemen

Wie bereits in Abschnitt 3.2 erwähnt, führten Osiek et al. (1999) resp. Osiek/Bondolfi (2006) jeweils Ende 1998 und Ende 2005 zwei Prävalenzerhebungen per Telefon mittels SOGS durch. Die Stichproben umfassten 2'526 resp. 2'803 Personen. Für das Jahr 2005 ergab sich eine Jahresprävalenz für problematische Spieler von 0.82% und für wahrscheinlich pathologische Spieler von 0.46%. Hochgerechnet auf die Schweizer Bevölkerung ab 18 Jahren resultierten als Jahresprävalenz beider Kategorien zwischen 46'000 und 97'750 Personen. Wie die Autoren ausführen, erwiesen sich die Unterschiede zwischen den beiden Jahren 1998 und 2005 als statistisch nicht signifikant. Osiek et al. (2008) stellen fest, dass es nur sehr wenig Differenzen zwischen ihren beiden Erhebungsergebnissen gibt, obwohl in der Zwischenzeit in der Schweiz 19 Casinos dauerhaft in Betrieb genommen und die Glücksspielautomaten ausserhalb der Casinos verboten worden seien. Allerdings ist hier anzumerken, dass das Glücksspielautomatenverbot ausserhalb der Casinos erst ab April 2005 wirksam geworden ist und sich evtl. bis Ende des Jahres 2005 noch nicht vollständig auf die Population der Spieler/innen ausgewirkt hat.

Osiek et al. (2008) postulieren, dass die Glücksspielabhängigkeit grundsätzlich wie eine generelle Abhängigkeitserkrankung (Alkohol, Drogen, Tabak) betrachtet werden sollte, bei der die Prävalenzraten nur wenig variieren würden.

6.2 Entwicklung der Fälle in Beratung/Behandlung

Zur Frage der Entwicklung des problembehafteten Glücksspiels können die Fallzahlen bei den Beratungs- und Behandlungsstellen beigezogen werden. Wobei hier nur beschränkt zwischen Casino-Spieler/innen und Spieler/innen, die hauptsächlich ausserhalb der Casinos spielten, unterschieden werden kann.

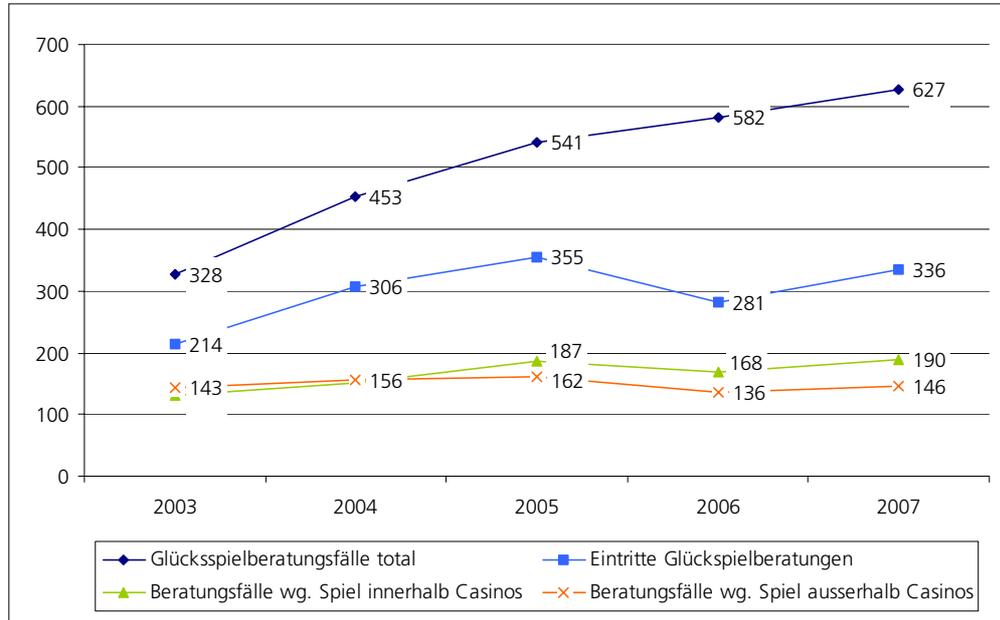
6.2.1 Ergebnisse der Befragung der Beratungs- und Behandlungsstellen

Abbildung 15 zeigt die zahlenmässigen Angaben der befragten Beratungs- und Behandlungsstellen zu ihren **Klient/innen, die von Glücksspielproblemen betroffen waren** (Spieler/innen und Angehörige). Insgesamt zeichnet sich in den befragten Institutionen über die Jahre tendenziell eine Zunahme der Beratungsfälle ab (von 328 im 2003 auf 627 im 2007). Allerdings ist in diesem Zeitraum auch die Anzahl Institutionen gewachsen, die für die entsprechenden Jahre genauere Daten liefern konnten (für 2003 waren es 44 Institutionen, für 2007 61). Bezüglich der Eintritte in die Glücksspielberatungen ist – bei denjenigen Institutionen, die diese Eintrittsdaten erfasst hatten - nach 2005 eher ein Rückgang feststellbar.

Nur ein Teil der befragten Institutionen war in der Lage, eine Differenzierung der Beratungsfälle oder der **Neueintritte nach hauptsächlichem Spielort** vorzunehmen. Die entsprechenden Zahlen sind mit Vorsicht zu interpretieren. Werden die Angaben ausgewertet, so zeigt sich, dass vor 2005 die Beratungen von Personen, die hauptsächlich ausserhalb der Casinos spielten, überwogen haben. Ab 2005 bilden tendenziell Personen, die hauptsächlich innerhalb der Casinos spielten bzw. spielen, die Mehrzahl der Beratungen. Die Entwicklung dürfte auf das Verbot von Glücksspielautomaten ausserhalb der Spielbanken (ab

April 2005) zurückzuführen sein. Daneben haben allerdings gemäss Aussagen der befragten Behandlungsstellen andere Glücksspielangebote ausserhalb der Casinos mehr oder weniger stetig zugenommen (Online-Casinos, -Wetten, Euro-Lotterien, Poker-Turniere etc.).

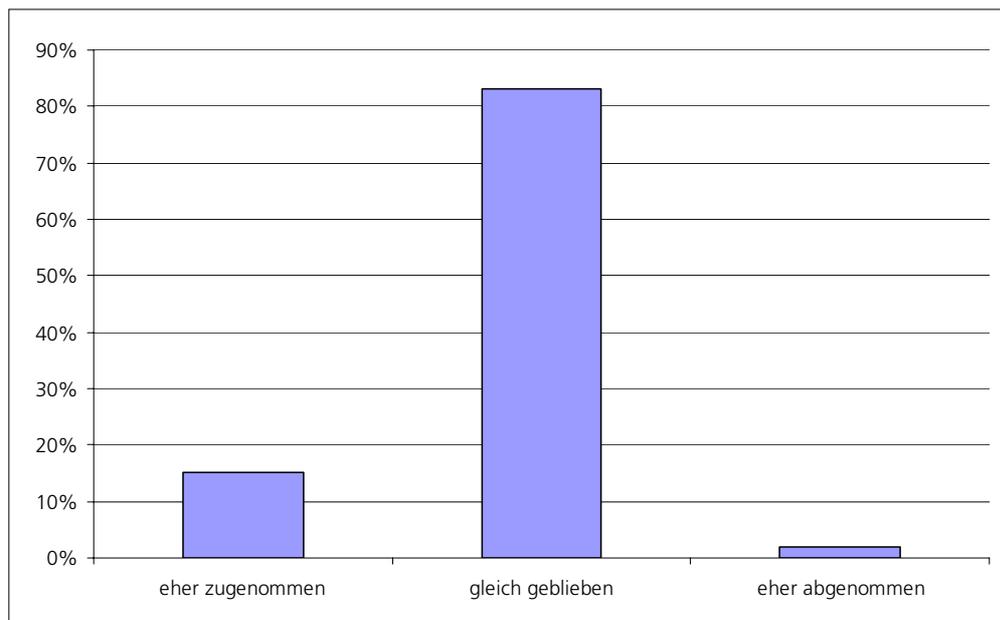
Abbildung 15: Anzahl beratene/behandelte Klient/innen mit Glücksspielproblemen (Fälle)



Quelle: Schriftliche Befragung der Beratungsstellen (n = 64 Institutionen mit Glücksspielberatungen); eigene Darstellung

Hinsichtlich des Schweregrads bzw. der **Problemlage der Neueintritte** ist die überwiegende Mehrheit (83%) der befragten Institutionen der Meinung, dass dieser über die Jahre in etwa gleich geblieben ist (vgl. **Abbildung 16**).

Abbildung 16: Beurteilung des Schweregrads bzw. der Problemlage der Neueintritte mit Glücksspielproblemen zwischen 2003 bis 2007



Quelle: Schriftliche Befragung der Beratungsstellen (n = 64 Institutionen mit Glücksspielberatungen); eigene Darstellung

15% der Institutionen sind der Meinung, dass der Schweregrad ihrer Glücksspiel-Fälle tendenziell zugenommen hat. 2% stellen eher eine Abnahme des Schweregrads fest.

Befragt nach den **Gründen** für die beobachtete Entwicklung finden sich bei den befragten Einrichtungen folgende Erklärungen:

■ Teilweise wurden von den Beratungseinrichtungen **keine eindeutigen Veränderungen** festgestellt, weil die Spielsuchtproblematik bei ihnen eine eher marginale Bedeutung hat. Es gab zuwenig Glücksspiel-Beratungen, um zuverlässige Aussagen machen können. Insbesondere bei psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien wurde darauf hingewiesen, dass die meisten Personen Komorbiditäten aufweisen würden. Das Glücksspielproblem schein insgesamt konstant. Meistens stünden für eine Hospitalisierung andere psychische Störungen im Vordergrund (z.B. depressiver Zustand). Das Glücksspielproblem komme oft erst im Verlauf der Hospitalisation zum Vorschein. Die Hauptdiagnose Glücksspielsucht werde daher selten gestellt.

■ Eine grössere Suchtfachstelle konstatierte ganz eindeutig eine **Abnahme** der Glücksspielberatungen ab Mitte 2005 durch das Inkrafttreten des Automatenverbots in den Spielsalons und Restaurants.

■ Eine **Zunahme** der Problematik wurde von den befragten Stellen verschiedenartig begründet:

- Zunahme durch die Eröffnung von Casinos im regionalen Umfeld der Beratungsstellen, die Möglichkeit des Glücksspiels sei generell angestiegen
- Zusammenarbeit mit Casinos im Rahmen der Sozialkonzepte (generell gebe es aber wenig Spieler, die Beratungsleistungen in Anspruch nehmen würden)
- Ein Ausbau oder eine Spezifizierung des Beratungsangebots der Einrichtungen (z.B. neue Gruppe für Glücksspielbetroffene etc.)
- Professionalisierung im Bereich Erkennung der substanzunabhängigen Süchte, Entwicklung interkantonaler Präventionsprogramme
- Grössere Medienpräsenz, Öffentlichkeitsarbeit der Fachstellen, höhere Sensibilisierung bezüglich des Themas bei Therapeuten und Angehörigen sowie auch bei betroffenen Spieler/innen
- Betroffene würden seit einigen Jahren eher über ihre Glücksspielprobleme sprechen als früher. So werde z.B. der Sozialdienst im Spital auf Fälle mit Glücksspielproblemen aufmerksam, die früher eher untergegangen seien.

■ Der **Schweregrad** der Behandlungsfälle ist nach Meinung der meisten befragten Beratungs- und Behandlungsstellen über die Jahre weitgehend gleich geblieben (vgl. Abbildung 16). Dennoch orten verschiedene Fachleute Probleme und teilweise auch eine Zunahme bei ihren Klient/innen in Beratung/Behandlung:

- Probleme würden zunehmend auch durch die Online-Casinos, Websites wie B-Win, Online-Poker und Börsenspekulationen (Termingeschäfte und Optionen) entstehen. Es wird ein Ausweichen von den Casinos in den Bereich Lotto, Euro-Lotto und Poker und ein Trend bei Internet-Glücksspielen festgestellt
- Insbesondere aus der Romandie werden Schwierigkeiten mit Automaten in den Bistrotts oder Tribolo etc. rapportiert, wo keine Interventionsmöglichkeiten oder eine adäquate Kontrolle bestünden
- Eine in Grenznähe liegende Selbsthilfegruppe gibt an, dass einige Teilnehmende auch in den Automatenhallen in Deutschland (ausserhalb der Casinos) gespielt hätten
- Eine Fachstelle gibt zu bedenken, dass sich bei ihr nur «die Spitze des Eisbergs» melde. Ein Teil der Spieler/innen kämen nur deshalb in die Beratung, weil eine Aufhebung der Spielsperre über ihre Beratungsstelle laufe (der Aufwand für die max. 3 Beratungsgespräche werde vom Casino entschädigt)
- Schuldenberatungsstellen melden z.T. eine gegenüber den früheren Jahren höhere Verschuldung (insbes. über Kreditkarten) und vermehrte illegale Geldbeschaffung bei ihren Klienten. Es werden Klienten

registriert, die namhafte Summen verloren oder sich substantiell verschulden hätten: «Die Sozialkonzepte der Casinos sind sicher gut gemeint, können aber die Problematik nicht grundsätzlich beheben.» Eine Stelle gibt hier an, dass sie zurzeit mehrere «grosse Fälle» betreue: 2 Personen, die mehr als 1 Mio. Fr. verspielt hätten, weiter habe 1 Person ihre «mittelständische Existenz zerstört». Diese Klienten hätten alle im Casino in letzter Zeit rasch steigende Beträge verspielt, was dem Casino eigentlich hätte auffallen müssen.

6.2.2 Daten Telefon 143 «Die Dargebotene Hand»

Wie in Abschnitt 2.2.2 dargelegt, führt die private Hilfsorganisation Telefon 143 «Die Dargebotene Hand» seit 2002 eine inhaltliche Statistik. Unter den erfassten Themen findet sich auch die Spielsuchtproblematik. In **Tabelle 28** sind die verfügbaren Daten der inhaltlichen Statistik dargestellt.⁵⁵

Tabelle 28: Telefon 143 «Die Dargebotene Hand», Inhaltliche Jahresstatistik 2002 bis 2007

		2002	2003	2004	2005	2006	2007
Telefon-Beratung							
Total Beratungen		197'885	234'532	226'091	178'801	210'310	214'118
davon Spielsucht	Anzahl	138	2'450	4'315	225	5'420	210
	%	0.07	1.04	1.91	0.13	2.58	0.10
Online-Beratung							
Total Kontakte				2'625	4'451	5'773	6'926
davon Spielsucht	Anzahl			8	35	122	14
	%			0.30%	0.79%	2.11%	0.20%

Quelle: Statistik Telefon 143 «Die Dargebotene Hand», eigene Darstellung

Es zeigt sich, dass die Angaben im Bereich Spielsucht massive Sprünge aufweisen, die nicht plausibel erscheinen. Auf Anfrage erklärten die verantwortlichen Personen, dass die Schwankungen auf unterschiedliche Erhebungsmethoden und unterschiedliche Zuordnungen zurückzuführen seien. Grundsätzlich würden in der Statistik die Anzahl Kontakte bzw. Anrufe gezählt (z.B. eine Person mit Spielsuchtproblemen mit 50 Anrufen = 50 Beratungen). Daraus könnten sich relativ grosse Schwankungen im Quervergleich über mehrere Jahre ergeben. Aufgrund der Anonymität sei es nicht möglich zu erfassen, ob eine Person mehrfach anrufe. Einen Anruf können die Beratenden maximal 3 Themenbereichen zuordnen. Von den anrufenden Personen würden in den Gesprächen häufig die auftretenden Folgeprobleme in den Vordergrund gestellt (finanzielle Sorgen, Ehe-, Gewaltprobleme etc.), ohne dass die Problemursache (z.B. Spielsucht) genannt werde. Diese lasse sich im Laufe eines Gesprächs zum Teil herausarbeiten, aber längst nicht immer. Die Verantwortlichen möchten aber festhalten, dass «Die Dargebotene Hand» immer wieder von Personen mit Spielsuchtproblemen angerufen wird. Sie sind überzeugt, dass ihre Institution auch in diesem Bereich Präventionsarbeit leistet.

Aufgrund der Datenlage des Telefon 143 resp. seiner inhaltlichen Statistik halten wir eine Aussage über Entwicklungstrends im Bereich Spielsuchtberatungen für nicht möglich und verzichten hier auf weitergehende Interpretationen.

6.2.3 Stationäre Behandlungen gemäss Medizinischer Statistik der Krankenhäuser

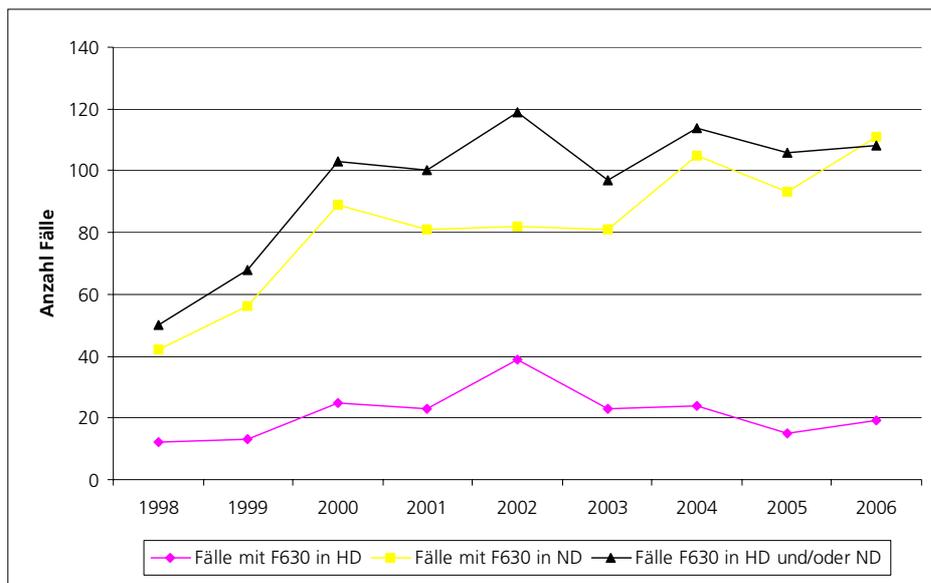
Wie in Abschnitt 2.2.5 erwähnt, können schwere Fälle von Glücksspielsucht oder die Verbindung von Glücksspielsucht mit anderen psychischen Störungen zu einer (teil)stationären Behandlung in einem Spital

⁵⁵ Die Daten und weiterführende Informationen wurden uns freundlicherweise von Frau Susanne Berger zur Verfügung gestellt, seit Mitte Mai 2007 Geschäftsführung des Schweizerischen Verbands «Die Dargebotene Hand».

bzw. einer psychiatrischen Klinik führen. Entsprechende Angaben lassen sich aus der «Medizinischen Statistik der Krankenhäuser» des Bundesamts für Statistik (BFS) gewinnen. Die Datenbasis besteht aus einer Vollerhebung der stationären und teilstationären Hospitalisierungsfälle in den Schweizer Spitälern und psychiatrischen Kliniken. Erfasst sind in der Statistik unter anderem die medizinischen Diagnosen (ICD-10-Systematik) der Patientinnen und Patienten. Für unsere Studie konnten wir die Daten der Jahre 1998 bis 2006 auswerten (spätere Jahre waren zum Analysezeitpunkt nicht verfügbar).

Abbildung 17 zeigt die Entwicklung der Hospitalisierungen von Fällen mit der Diagnose «pathologisches Spielen» (ICD-10, F630).⁵⁶ Die konkreten Zahlen finden sich in **Tabelle 11**.

Abbildung 17: Stationäre oder teilstationäre Hospitalisierungen von Glücksspielsucht, ICD-10, Code F630 «Pathologisches Spielen» in Haupt-(HD) und/oder Nebendiagnose (ND), 1998 – 2006



Quelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser, eigene Darstellung

Tabelle 29: Stationäre oder teilstationäre Hospitalisierungen von Glücksspielsucht, ICD-10, Code F630 «Pathologisches Spielen» in Haupt- und/oder Nebendiagnose, 1998 – 2006

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
MedStat allgemein									
Rücklaufquote aus- kunftspflichtiger Spitäler/Kliniken	65.9%	84.7%	91.2%	96.7%	99.5%	100.0%	100.0%	99.1%	99.7%
Rücklaufquote erwar- tete Fälle	61.6%	73.1%	81.1%	81.1%	91.7%	93.0%	93.5%	97.5%	97.9%
Anzahl Fälle total	794'640	1'027'952	1'165'751	1'288'513	1'465'333	1'480'347	1'502'803	1'498'360	1'529'220
ICD-10, F630									
Fälle mit F630 in HD	12	13	25	23	39	23	24	15	19
Fälle mit F630 in ND	42	56	89	81	82	81	105	93	111
Fälle F630 in HD und/oder ND	50	68	103	100	119	97	114	106	108
Anteil Fälle F630 in HD und/oder ND an Anzahl Fälle total	0.06‰	0.07‰	0.09‰	0.08‰	0.08‰	0.07‰	0.08‰	0.07‰	0.07‰

Anmerkungen: Die Anzahl Fälle F630 in HD und/oder ND entsprechen nicht immer der Summe der HD- und ND-Fälle, da ein Kode in HD und ND gleichzeitig vorkommen kann

Quelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser, eigene Darstellung

⁵⁶ Die Diagnose F630 fällt unter das Kapitel «Psychische- und Verhaltensstörungen» und wird dort den «Abnormen Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (F63)» zugeordnet.

In der Grafik lässt sich von 1998 bis 2000 ein relativ starker Anstieg der Hospitalisierungen von Personen mit Diagnose «pathologisches Spielen» ersehen. Dieser dürfte jedoch auch damit zusammenhängen, dass in der Einführungsphase der Statistik die Teilnahmequote der psychiatrischen Kliniken generell tiefer lag als diejenige der Spitäler und sich im Zeitverlauf stetig erhöhte. Die höchste Anzahl an Fällen mit Haupt- und/oder Nebendiagnose «pathologisches Spielen» wurde im Jahr 2002 mit 119 verzeichnet (Hauptdiagnose 39). Insgesamt bewegt sich die Fallzahl seit dem Jahr 2000 zwischen rund 100 und 120 Fällen pro Jahr (mit Hauptdiagnose zw. rd. 20 u. 40 Fällen pro Jahr). Die Zahlen dürften im Bereich von Zufallsschwankungen variieren. Es lässt sich kein klarer Trend in Richtung Zu- oder Abnahme erkennen.

Bezüglich **Komorbiditäten** haben die ausführlichen Auswertungen der Studie von 2004 (Künzi et al. 2004, 121f.) gezeigt, dass pathologisches Spielen in stationärer Behandlung, sofern es nicht als alleinige Diagnose gestellt wird, am häufigsten mit Störungen durch Alkohol (F10x) verbunden ist. Ebenfalls häufig finden sich depressive Störungen/Episoden (F32x, F33x), spezifische Persönlichkeitsstörungen (F60x) oder Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43x).

6.3 Einschätzungen der befragten Expertinnen und Experten

Beratungsangebot

Das heutige Angebot an Einrichtungen zur Behandlung von Glücksspielsüchtigen wird zumindest in der Romandie als ausreichend erachtet. Dies allerdings vor dem Hintergrund, dass wenige Personen mit Glücksspielproblemen ein solches Angebot aufsuchen würden. Die Angebote seien aber vorhanden und auch bekannt. Ein Problem wird bei der Überweisung von Personen mit Glücksspielproblemen aus den Casinos in die Beratungseinrichtungen gesehen. Trotz Informationsmassnahmen seitens der Sozialkonzeptverantwortlichen würden die wenigsten der in Gesprächen darauf aufmerksam gemachten Personen auf ein Beratungsangebot eingehen. Es sei nicht sicher, dass die Personen, die sich sperren lassen, auch die gleichen seien, die in eine Beratung gehen. Aufgrund des Kontaktabbruchs zwischen den Sozialkonzeptverantwortlichen und den gesperrten Casino-Spieler/innen seien keine weiteren Informationen verfügbar.

Für gewisse Expert/innen wäre es wünschenswert, dass die Therapieverantwortlichen vor Ort in den Casinos präsent wären, um die tiefe Behandlungsquote von Personen mit Glücksspielproblemen zu erhöhen.

In den letzten 5 Jahren sind laut den befragten Expert/innen signifikante Fortschritte erzielt worden, was die Bildung und Sensibilisierung von klinischen Fachpersonen angeht. Nachholbedarf bestehe noch bei Beratungsangeboten für Spielsüchtige mit Spielorten ausserhalb der Casinos, insbesondere im Internet. Nicht einig sind sich die befragten Expert/innen darüber, ob das Beratungsangebot in der Deutschschweiz ausreiche. Es seien zu wenig Ressourcen für die über die Beratung hinausgehenden Tätigkeiten der Beratungseinrichtungen vorhanden (z.B. Forschung und Weiterbildung). Weiter wird angesprochen, dass die finanzielle Unterstützung der Kantone nicht ausreiche, um ein ausreichendes Angebot bereitzustellen. Gefordert wird z.T. auch ein vermehrtes finanzielles Engagement der Glücksspielanbieter. Es bestünde auch die Möglichkeit, einen Anteil der Spielbankenabgabe an die Kantone zweckgebunden, z.B. zur Förderung der Prävention und Forschung, einzusetzen.

Prävalenz

Generell vertreten die befragten Expert/innen die Einschätzung, dass die Prävalenz der Glücksspielsucht in der Schweiz konstant geblieben ist. Aus der Tatsache, dass die Anzahl der gesperrten Casino-Spieler/innen zugenommen habe, könne nicht geschlossen werden, dass sich die Situation bezüglich Glücksspielsucht

verschlechtert habe. Die Expert/innen fügen aber auch an, dass die Glücksspielsucht aufgrund des Verbots der Glücksspielautomaten ausserhalb von Casinos eigentlich hätte zurückgehen müssen. Es scheine hier jedoch eine Verschiebung der Nachfrage auf andere Glücksspiele stattgefunden zu haben.

Der Schweregrad der Glücksspielsuchtfälle in den Beratungseinrichtungen wird von den Expert/innen als gleichbleibend beschrieben. Eventuell habe sich eine leichte Verschiebung hin zu «Polyludomanen» ergeben d.h. zu Personen, die gleichzeitig von mehreren Glücksspielen abhängig sind. Früher habe es eher typische Automatenspieler/innen und typische Roulettespieler/innen gegeben, heute sei z.T. keine klare Typologie mehr erkennbar. Dies liege eventuell auch an einer Verwischung der Abgrenzung der einzelnen Angebote.

Die Expert/innen weisen weiter darauf hin, dass aufgrund fehlender Finanzierungsmöglichkeiten die Prävalenzforschung in der Schweiz bezüglich Glücksspielsucht völlig ungenügend sei. Dies verunmögliche derzeit, differenzierte Aussagen zu treffen.

Entwicklungen generell

Bezüglich der generellen zukünftigen Entwicklung sehen die befragten Expert/innen folgende Punkte:

- Es wird davon ausgegangen, dass die Anzahl der Casino-Besucher/innen nicht mehr wie in der Vergangenheit ansteigt. Unter anderem dürfte auch das in verschiedenen Kantonen bereits beschlossene Rauchverbot den Glücksspielmarkt beeinflussen. Entsprechende Erfahrungen seien bereits in Frankreich gemacht worden.
- Die Internetangebote im Glücksspielbereich haben in den letzten Jahren bereits stark zugenommen und dürften weiterhin zunehmende Besucherzahlen verzeichnen. Bei diesen Angeboten werde es sehr schwierig sein, entsprechende Sozialschutz-Massnahmen einzurichten, wie dies bei den Spielbanken geschehen sei.
- Es gebe einige Personen, die in Sperrungsgesprächen erwähnten, dass sie sich auch stärker vor dem Glücksspielangebot ausserhalb der (Schweizer) Casinos schützen möchten. Dies betreffe vor allem Spielbanken ausserhalb der Schweiz sowie die «Tactilo»-Automaten in der Romandie. In der heutigen Situation sei in diesen Bereichen kein wirksamer Schutz möglich. Eine mögliche Massnahme könnte hier die verstärkte internationale Zusammenarbeit bei der Koordination von Spielsperren bilden.

7 Aussagen zur Wirksamkeit der Sozialkonzepte

Zur Wirksamkeit der Sozialkonzepte kann die vorliegende Kostenstudie nur sehr beschränkt Antworten liefern. Wir stützen uns vor allem auf die Aussagen der befragten Expert/innen. Die Frage der Wirksamkeit der Sozialkonzepte müsste im Rahmen einer umfassenderen Evaluation untersucht werden (Ziele, Umsetzung/Vollzug, Input-/Output-Fragen, Wirkungsevaluation Outcome/Impact). Solche Arbeiten sind laut Aussage der Expert/innen auch international bis heute praktisch inexistent.

Die befragten Expert/innen äussern sich mehrheitlich positiv über die heutige Umsetzung der Sozialkonzepte in den Casinos. Die Spielsperren würden in erster Linie helfen, die soziale Situation der betroffenen Personen zu stabilisieren. Dabei könnten kurzfristige Verschlimmerungen wie Scheidungen/Trennungen verhindert werden. Allerdings weisen die Expert/innen darauf hin, dass mit einer Spielsperre im Casino das Problem der Glücksspielsucht noch nicht behoben sei, insbesondere wenn die betroffenen Spieler/innen noch weitere Glücksspielangebote nutzt. Ein bereits erwähntes Problem bei der Umsetzung der Sozialkonzepte bildet der Verlust des Kontakts zwischen Sozialverantwortlichen und Glücksspielenden nach der Sperrung. Ebenfalls bereits aufgeführt wurde die relativ geringe Nutzung von Beratungs- und Behandlungsangeboten durch die gesperrten Casino-Spieler/innen.

Für gewisse Expert/innen wäre es wünschenswert, dass die Therapieverantwortlichen direkt in den Casinos präsent wären. Dies um die erwähnte tiefe Behandlungsquote von Personen mit Glücksspielproblemen zu steigern. Dabei gehe es um die Frage, wie Art. 37 Abs. 2 des Spielbankengesetzes ausgelegt werde, in welchem die Spielbanken verpflichtet werden, mit Therapieeinrichtungen zusammenzuarbeiten. Die Experten weisen in diesem Zusammenhang auch auf einen wirtschaftlichen Interessenskonflikt der Casinos bei der Umsetzung der Sozialkonzepte hin.

Zusätzliches Verbesserungspotenzial sehen die befragten Expert/innen insbesondere im Bereich der Prävention bzw. Früherkennung. Diese sollte einerseits noch früher ansetzen, damit z.B. nicht schon bei der Erkennung des Glücksspielproblems unmittelbar eine Spielsperre notwendig werde und Folgen vermieden werden könnten. Andererseits würden die heute eingesetzten Checklisten noch zu wenig ein aktives Mitdenken der Casino-Mitarbeitenden fordern.

Grundsätzliche Kritik üben die Expert/innen an der Tatsache, dass die Sozialkonzepte nicht mit einer gesundheitspolitischen Gesamtstrategie koordiniert seien, welche auf allen Ebenen der Prävention ansetze. Die umgesetzten Massnahmen der Spielsperren werden von den befragten Expert/innen in diesem Zusammenhang den «mässig wirksamen» Präventionsmassnahmen zugeordnet.

8 Diskussion und Ausblick

Der Glücksspielmarkt und das Casino-Spiel bilden einen bedeutenden Wirtschaftszweig in den westlichen Industrieländern. Der Glücksspielmarkt ist, insbesondere im Zuge staatlicher Deregulierungen und steigendem Finanzbedarf der öffentlichen Hand, aber auch durch neue Kanäle wie dem Internet in den letzten Jahren angewachsen und weiter im Wachstum begriffen. Mit einer Vergrößerung des Glücksspielangebots – hier scheint sich die wissenschaftliche Literatur einig zu sein – wächst tendenziell die Problematik der Glücksspielsucht. Im Rahmen der Regulierung sind deshalb nicht nur fiskalische, sondern auch präventive Überlegungen anzustellen. Ohne wirksame Prävention wird der aufgrund von Glücksspielen erzielbare Ertrag um die mit der Spielsucht verbundenen Kosten vermindert, was auch aus ökonomischer Sicht unerwünscht ist.

Um zu beurteilen, ob die Anforderungen im Bereich des Sozialschutzes innerhalb der Casinos ausreichend sind, hat die ESBK unter anderem die vorliegende Studie zu den durch die Eröffnung der Casinos verursachten sozialen Kosten in Auftrag gegeben.

Die **wesentlichen Ergebnisse** der Studie lassen sich wie folgt zusammenfassen:

■ Die auf der Basis der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) 2007 ermittelte **Jahres-Prävalenz** (Bevölkerung ab 18 J.) für problematische Casino-Spieler/innen beträgt 0.3%, für pathologische Casino-Spieler/innen 0.13%. Hochgerechnet ergibt dies 13'535 problematische und 6'095 pathologische Casino-Spieler/innen (Gesamt 19'630 Personen mit Glücksspielproblemen durch Casino-Spiel; CI 95: 11'597 – 27'663). Gemäss SGB 2007 handelt es sich damit bei rund 20% der als problematische oder pathologische Spieler/innen identifizierten Personen um Casino-Spieler/innen.

■ Glücksspielprobleme aufgrund des Casino-Spiels belasten nicht nur die betroffenen Spieler/innen selbst. Auch ihr familiäres und gesellschaftliches Umfeld ist in die Problematik miteinbezogen. Mit Blick auf die Kostenfrage bildet insbesondere die Arbeitssituation ein wichtiges Element. Auf der Grundlage der Befragung der gesperrten Spieler/innen konnten verschiedene **Folgen des problembehafteten Casino-Spiels** in den Bereichen finanzielle Situation und Verschuldung, Ausfall von Arbeitsleistungen, Auswirkungen auf die Familie und das soziale Umfeld, gesundheitliche Belastungen, Beschaffungskriminalität und Beanspruchung von Beratungs- und Behandlungseinrichtungen untersucht werden.

■ Das verwendete **Konzept der Kostenanalyse** stützt sich auf die für die Spielsucht adaptierten «international guidelines for estimating the costs of substance abuse» (WHO 2003, Single 2003). Die Kostenarten werden grundsätzlich in tangible Kosten, d.h. relativ einfach zu monetarisierende Kosten, und intangible Kosten, d.h. nicht oder nur sehr schwer monetarisierbare Kosten, gegliedert. Die im Rahmen der Studie berücksichtigten sozialen Kosten bestehen aus drei Elementen: (1) Unter direkten Kosten (tangibel) sind vor allem die Leistungen des Gesundheitswesens zu verstehen sowie Verwaltungskosten in Zusammenhang mit Kriminalität, Scheidungen und staatlichen Transferzahlungen. (2) Die indirekten Kosten (tangibel) sind Produktionsausfälle aufgrund von (Sucht)Krankheits- und Todesfällen. Dazu kommen Fluktuationskosten in den Betrieben, welche bei der Wiederbesetzung von Arbeitsstellen anfallen. Anzumerken ist in diesem Zusammenhang, dass die Fluktuationskosten ein gewichtiger Bestandteil der sozialen Kosten sind und nach Rücksprache mit Eric Single, Mitverfasser der erwähnten Guidelines, als soziale Kostenart berücksichtigt werden sollten. (3) Intangible Kosten sind hingegen Beeinträchtigungen des Wohlbefindens und der Lebensqualität von betroffenen Spieler/innen und ihren Angehörigen. In unserer Darstellung haben wir auf die Geldwertbemessung von intangiblen Kosten verzichtet.

■ Die ermittelten **direkten sozialen Kosten** (Behandlung, Kriminalität, soziale Sicherung, Scheidungen) belaufen sich auf 8.6 Mio. Fr. Sie machen damit nur 12.4% der tangiblen Kosten aus.

■ Den Grossteil der sozialen Kosten fällt bei den **indirekten Kosten** an (Fehlen am Arbeitsplatz, verminderte Leistungsfähigkeit, Fluktuationskosten, Produktivitätsverluste Hausarbeit, Produktivitätsverluste Todesfälle). Diese betragen 61.1 Mio. Fr. (87.9% der tangiblen Kosten).

■ Im **Gesamt** ergeben sich (tangible) soziale Kosten von 69.7 Mio. Fr. jährlich. Diese werden zu 57% durch die Arbeitgeber getragen und zu 22% durch die Familie der Casino-Spielenden. Einen weiteren Anteil von 9% tragen die Casino-Spieler/innen mit Glücksspielproblemen selbst. Den Rest teilen sich die öffentliche Hand (Kantone, Gemeinden, Bund; 5%), die Sozial- und Krankenversicherung (4%) und die Gesellschaft als Ganzes (3%).

■ Die **intangiblen Kosten** des Glücksspiels in Casinos, d.h. Leid, Verminderung von Lebensqualität etc., wurden im Rahmen der Studie nicht monetarisiert. Erwähnenswert sind in diesem Zusammenhang jedoch folgende Sachverhalte: 68% der pathologischen Casino-Spieler/innen berichten über familiäre Probleme (Kontaktverluste, Partnerschaft), 20% der problematischen und 63% der pathologischen Spieler/innen über psychische Probleme (Depressionen, Angstzustände etc.), 7% der problematischen und 10% der pathologischen Spieler/innen über Alkoholprobleme, 37% der pathologischen Spieler/innen über einen übermässigen Tabakkonsum wegen dem Casino-Spiel.

■ Die Kosten des problembehafteten Glücksspiels wurden in der Studie auf der Grundlage eines produktivitätsorientierten Ansatzes ermittelt. Im Einklang mit den erwähnten, auf die Spielsucht adaptierten Guidelines zur Messung der sozialen Kosten von Substanzabhängigkeiten wurden dabei die mit 208 Mio. Fr. recht hohen ermittelten **pekuniären Wirkungen** des Casino-Spiels nicht als soziale Kosten bewertet. Dabei handelt es sich zum Grossteil (79%) um Vermögensverluste der betroffenen Casino-Spieler/innen und ihrer Familien sowie um ausgefallene Schuldentrückzahlungen (14%). Dieses Vorgehen ist in der Literatur z.T. umstritten (vgl. Fiedler 2008). Es könnte sein, dass bei einer Berücksichtigung der pekuniären Wirkungen in etwa Grössenordnungen entstehen, die einer Monetarisierung der intangiblen sozialen Kosten über Zahlungsbereitschaftsanalysen entsprechen.

■ Bei der Frage der **Kostenverursacher** wurden in der Studie weitgehend bekannte Erkenntnisse bestätigt. Die Risiken, ein problematischer oder pathologischer – und damit im Schnitt hohe Kosten verursachender – Casino-Spieler zu sein, sind: ein männliches Geschlecht, eine hohe Spielfrequenz, das bevorzugte Spielen an Automaten und eine ausländische Nationalität. Hinsichtlich herkömmlicher soziodemografischer Merkmale unterscheiden sich Casino-Spieler/innen kaum von der Normalbevölkerung. Starke Kostenverursacher sind Spieler/innen, die wegen dem Casino-Spiel hohe Produktivitätsverluste im Arbeitsplatzbereich generieren (mehrfache Stellenwechsel, Absenzen, verminderte Produktivität, Arbeitslosigkeit).

■ Ein **Vergleich** der Kostensituation des Glücksspiels in Casinos **mit anderen Problemkomplexen** brachte folgende Ergebnisse, wobei aufgrund unterschiedlicher Studienansätze und Problemlagen derartige Kostenvergleiche generell schwierig vorzunehmen sind: Die durch Casinos verursachte Glücksspielsucht stellt pro Fall ein soziales Problem dar, das in etwa gleich hoch ist wie dasjenige einer Tabakabhängigkeit (tangible Kosten: 2'978 Fr. vs. 2'906 Fr. pro Fall). Gegenüber dem Alkohol (6'836 Fr. tangible Kosten) liegen die Fall-Kosten klar tiefer, dies vor allem aufgrund der bei der Alkoholsucht grösseren gesundheitlichen direkten und indirekten Folgekosten. Auf der Ebene der Gesellschaft sind die Kosten des Casino-Glücksspiels relativ klein wegen der betroffenen Population von rund 20'000 Personen. Beim Tabak sind rund 2 Mio., beim Alkohol rund 360'000 Süchtige zu verzeichnen. Grundsätzlich anders gelagert als bei der Glücksspielsucht in Casinos sind die Verhältnisse beim Konsum illegaler Drogen (geschätzte 30'000 Drogensüchtige). Gemäss Studien betragen die tangiblen Kosten hier rund 135'000 Fr. pro Fall.

■ Betrachtet man die **Entwicklungen in den letzten Jahren**, so lassen sich folgende Aussagen machen: Laut zwei Prävalenzerhebungen für die Jahre 1998 und 2005 (Osiek et al.; Osiek/Bondolfi) ist die Rate problematischer und pathologischer Glücksspieler/innen in der Schweiz mehr oder weniger konstant. Die Daten aus den Beratungsstellen zeigen einerseits, dass die Anzahl Beratungs-/Behandlungsfälle in den

letzten Jahren zugenommen hat. Andererseits scheint die Anzahl Eintritte von Casino-Spieler/innen mehr oder weniger konstant geblieben zu sein. Eine konstante Entwicklung zeigt sich auch bei den stationär behandelten Glücksspielsüchtigen, wo sich die Fallzahlen mit Hauptdiagnose «pathologisches Glücksspiel» seit dem Jahr 2000 um die 20 bis 40 Fälle pro Jahr bewegen. Der Schweregrad der Glücksspielsuchtfälle ist nach Meinung der meisten Beratungsstellen in etwa gleich geblieben. Verschiedene Fachleute orten aber z.T. eine Zunahme der Probleme durch Glücksspiele im Internet, neue Lotterieangebote oder Poker und konstatieren eine höhere Verschuldung gegenüber früher.

■ Da die Studie keine entsprechende Evaluation darstellt, kann sie auf die **Frage nach der Wirksamkeit der Sozialkonzepte** nur wenig Antworten liefern. Insgesamt äussern sich jedoch die befragten Expert/innen positiv über die heutige Umsetzung der Sozialkonzepte in den Casinos. Das Konzept der Spiel-sperren verhindere Verschlimmerungen bei den Betroffenen, wobei das Problem der Glücksspielsucht dadurch noch nicht behoben sei. Verbesserungspotential liege vor allem im Bereich der Prävention bei der Förderung des aktiven Mitdenkens der Casino-Mitarbeiter/innen. Dabei werden auch mögliche Interessenskonflikte der Casinos angesprochen. Erwünscht wäre auch, dass die betroffenen Spieler/innen nach der Sperre länger begleitet werden könnten.

Mit der vorliegenden Studie wurde erstmals versucht, die sozialen Kosten des Casino-Spiels in der Schweiz zu messen. Dabei bedingte die Datenlage relativ grobe Annahmen. Dies ist insbesondere darauf zurückzuführen, dass die Datengrundlage sowohl der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 (für Hochrechnungen) wie auch der speziell durchgeführten Befragung von gesperrten Spieler/innen (für die Ermittlung der meisten Kostenwerte) aufgrund der geringen Fallzahlen mit Unsicherheiten behaftet ist. Die geringen Fallzahlen führen zu relativ grossen Bandbreiten für die Schätzwerte (bis Faktor 4 nach oben und nach unten). Sollte dereinst eine bessere Datenlage verfügbar sein, könnten die sozialen Kosten genauer bestimmt werden.

Aufgrund der Studienergebnisse kann davon ausgegangen werden, dass die Problematik der Glücksspielsucht nicht wegfallen würde, wenn in der Schweiz kein Angebot an Casinos bestehen würde. Die verfügbaren Prävalenzstudien deuten darauf hin, dass die Raten der Personen mit Glücksspielproblemen relativ konstant bleiben. Auf der Basis der SGB 2007 ist rund ein Fünftel der Personen mit Glücksspielproblemen den Casino-Spieler/innen zuzuordnen. Bei den anderen Personen dürften vor allem Glücksspielangebote ausserhalb der Casinos (Internet, Lotterien, Poker etc.) für das Glücksspielproblem verantwortlich sein.

Die ermittelten durch die Casinos verursachten tangiblen sozialen Kosten betragen rund 70 Mio. Fr. pro Jahr, die zur Hauptsache als Produktivitätsausfälle von den Arbeitgebern getragen werden. Einen hohen Anteil tragen auch die Familien der Glücksspieler/innen. Im Vergleich mit anderen Suchtproblemen liegen die sozialen Kosten des Glücksspiels in Casinos pro Fall etwa in der Höhe der Tabakabhängigkeit. Zu den verursachten sozialen Kosten der Glücksspiele ausserhalb der Casinos liegen derzeit noch keine Schätzungen vor. Deshalb ist keine Aussage darüber möglich, welcher Anteil der gesamten sozialen Kosten des Glücksspiels in der Schweiz auf das Spielen in Casinos zurückzuführen ist.

Mit Blick auf einen weiteren Forschungsbedarf wäre eine umfassende Evaluation der Wirkungen der Sozialkonzepte in den Casinos anzuführen. Ebenfalls wünschenswert wäre die Durchführung einer breit angelegten Prävalenzstudie in der Schweiz mittels eines international anerkannten Instruments. Von Interesse wäre weiter auch eine Kostenstudie, die die Glücksspielangebote ausserhalb der Casinos miteinbezieht.

9 Literaturverzeichnis

- Ahrens B, Freyberger HJ (2002): Mortalität und Suizidalität bei psychischen Störungen in: Freyberger HJ, Schneider W, Stieglitz RD [Hrsg.]: Kompendium Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin, Basel: Karger, 420-431
- BAG Bundesamt für Gesundheit (2005): Suizid und Suizidprävention in der Schweiz – Bericht in Erfüllung des Postulates Widmer (02.3251), April
- Baranzini Andrea und Giovanni Ferro Luzzi (2001): The Economic Value of Risks to Life: Evidence from the Swiss Labour Market, *Schweizerische Zeitschrift für Volkswirtschaft und Statistik*, 137(2), 149-170
- Bertschi Michael (2007): Deutschschweiz: Mehr Konsultationen, aber geringere Kosten, *Infosantesuisse*, 5, 20
- BFS Bundesamt für Statistik (2006): Arbeitsplatz Haushalt: Zeitaufwand für Haus- und Familienarbeit und deren monetäre Bewertung. Statistische Grundlagen und Tabellen für die Bemessung des Haushaltsschadens auf der Basis SAKE 2004 und LSE 2004
- BFS Bundesamt für Statistik (2009): Die Sozialhilfestatistik - Resultate 2007, Neuchâtel
- Blaszczynski Alex und Eimear Farrel (1998): A Case Series of 44 Completed Gambling-Related Suicides, *Journal of Gambling Studies*, 14(2), 93-109
- Bortz Jürgen und Nicola Döring (2006): Forschungsmethoden und Evaluation für Human und Sozialwissenschaftler, 4. überarb. Aufl., Heidelberg: Springer
- Brent Robert J. (1996): Applied Cost-Benefit Analysis, Cheltenham: Edward Elgar
- Brodbeck Jeannette, Sara Dürrenberger und Hansjörg Znoj (2007): Grundlagenstudie Spielsucht. Prävalenzen, Nutzung der Glücksspielangebote und deren Einfluss auf die Diagnose des Pathologischen Spielens, Universität Bern
- Bundesgesetz über Glücksspiele und Spielbanken (Spielbankengesetz, SBG) vom 18. Dezember 1998, SR 935.52
- Collins David und Helen Lapsley (2003): The Social Costs and Benefits of Gambling: An Introduction to the Economic Issues, *Journal of Gambling Studies*, 19(2), 123-148
- Collins David, Helen Lapsley, Serge Brochu, Brian Easton, Augusto Pérez-Gómez, Jürgen Rehm und Eric Single (2006): International Guidelines for the Estimation of the Avoidable Costs of Substance Abuse, 1st edition, Ottawa
- Crockford DN und N el-Guebly (1998): Psychiatric comorbidity in pathological gambling: a critical review, *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 43-50
- Eadington William R. (2003): Measuring Costs from Permitted Gaming. Concepts and Categories in Evaluating Gambling's Consequences, *Journal of Gambling Studies*, 19(2), 185-213
- Ecoplan (2002): Unfallkosten im Strassen- und Schienenverkehr der Schweiz 1998. Im Auftrag des Bundesamts für Raumentwicklung ARE, Bern
- Emminger Hamid und Thomas Kia [Hrsg.] (2007): Exaplan: Das Kompendium der klinischen Medizin, Bd. 2, 5. Aufl., München: Elsevier, Urban & Fischer
- ESBK Eidgenössische Spielbankenkommission (2007): Medienmitteilung «ESBK zieht für 2006 positive Bilanz», Bern
- ESBK Eidgenössische Spielbankenkommission (2009): Glücksspiel: Verhalten und Problematik in der Schweiz. Schlussbericht, Bern
- Fiedler Ingo (2008): Das Gefährdungspotential von Glücks- und Geschicklichkeitsspielen – Soziale Kosten und rechtspolitische Empfehlungen, Norderstedt

- Füchtenschnieder Ilona, Jörg Petry und Martin Horstmann [Hrsg.] (2006): Glücksspielsucht heute. Therapeutische, sozialpolitische und rechtliche Aspekte, Geesthacht: Neuland
- GEF Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern [Hrsg.] (2009): Sozialbericht 2008. Band 1: Armut im Kanton Bern: Zahlen, Fakten und Analysen, Bern
- Gerstein D.R, R.A. Volberg, R. Harwood, E.M. Christiansen, et al. (1999): Gambling Impact and Behavior Study, Report to the National Gambling Impact Study Commission, Chicago IL: National Opinion Research Center (NORC) at the University of Chicago
- Grignols Earl L., David B. Mustard (2000/04): Casinos, Crime, and Community Costs, Revised: September 2004, <http://www.uspact.org/Grignols-Crime2004.pdf>
- Haukka J, Suominen K, Partonen T, Lönnqvist J (2008): Determinants and outcomes of serious attempted suicide: a nationwide study in Finland, 1996-2003, *Am J Epidemiol.*, 167(10), 1155-1163
- Hodgins DC, Mansley C, Thygesen K (2006): Risk factors for suicide ideation and attempts among pathological gamblers, *Am J Addict*, 15(4), 303-310
- Jeanrenaud Claude, France Priez, Sonia Pellegrini, Hélène Chevrou-Séverac und Sarino Vitale (2003): Le coût social de l'abus d'alcool en Suisse, Neuchâtel: Université de Neuchâtel (avec ISPA et HealthEcon)
- Jeanrenaud Claude, Gaëlle Widmer und Sonia Pellegrini (2005b): Le coût social de la consommation de drogues illégales en Suisse, Neuchâtel: Université de Neuchâtel
- Jeanrenaud Claude, Sonia Pellegrini et al. (2005a): Les coûts indirects de l'abus d'alcool en Suisse, Suchtforschung des BAG 2003-03, Band 1/3: Grundlagenforschung, Bern: Bundesamt für Gesundheit
- Künzi Kilian (2006): «Grundversorgungsmedizin» in der Schweiz. Stand der Diskussionen zur Frage der «Grundversorger/innen / Hausärzt/innen» und ihrer zahlenmässigen Entwicklung, Standortbestimmung Gesundheitsberufe, Bericht Nr. 15, Bern: Bundesamt für Gesundheit
- Künzi Kilian, Tobias Fritschi und Theres Egger (2004): Glücksspiel und Spielsucht in der Schweiz. Empirische Untersuchung von Spielpraxis, Entwicklung, Sucht und Konsequenzen, Bern: Eidgenössische Spielbankenkommission und Bundesamt für Justiz
- Luongo Antonella, Hervé Tissot, Alexander Tomei, Coralie Zumwald und Mélina Andronicus CJE (2008): Suicidalité du joueur: présentation de données clinique, Présentation anlässlich der Tagung «Prévenir le Jeu excessif dans une société addictive?» Université de Lausanne, 20. Juni 2008
- Meyer Gerhard und Meinolf Bachmann (2005): Spielsucht. Ursachen und Therapie, 2. vollständ. überarb. u. erw. Aufl., Heidelberg: Springer
- Molo Bettelini Christina, Maddalena Alippi und Boris Wernli (2000): Il gioco patologico in Ticino, Mendrisio: Centro di Documentazione e di Ricerca OSC (Abstract: <http://www.ti.ch/DSS/DSP/OrgSC/cdr/temi/ricerca/abstract%20ricerche/gioco.htm>)
- Mühlemann Samuel, Stefan C. Wolter, Marc Fuhrer und Adrian Wüest (2007): Lehrlingsausbildung – ökonomisch betrachtet. Zürich
- Müller-Spahn Franz und Jürgen Margraf (2003): Wenn Spielen pathologisch wird, Basel: Karger
- Newman SC, Thompson AH (2007): The association between pathological gambling and attempted suicide: findings from a national survey in Canada, *Can J Psychiatry*, 52(9), 605-612
- Osiek Christian und Guido Bondolfi (2006): Etude de prévalence du Jeu pathologique en Suisse. Résultats principaux, Hôpitaux Universitaires de Genève, 26. septembre
- Osiek Christian, Guido Bondolfi und François Ferrero (1999): Etude de prévalence du Jeu pathologique en Suisse, Hôpitaux Universitaires de Genève, 28. mai

- Osiek Christian, Guido Bondolfi, Françoise Jermann, Daniele Zullino und François Ferrero (2008): Etudes de prévalance du Jeu pathologique en Suisse 1998 et 2005, Präsentation anlässlich der Tagung «Prévenir le Jeu excessif dans une société addictive?» Université de Lausanne, 20. Juni 2008
- Petry Jörg (2003): Glücksspielsucht, Entstehung, Diagnostik und Behandlung, Göttingen: Hogrefe
- Petry NM, Kiluk BD (2002): Suicidal ideation and suicide attempts in treatment-seeking pathological gamblers, *J Nerv Ment Dis*, 190(7), 462-469
- Productivity Commission (1999): Australia's Gambling Industries, Report No. 10, AusInfo, Canberra
- Rihs-Middel Margret (2005): The Generation of a Prediction Rule for the Early Detection of Disordered Gambling in Switzerland. Center for Excessive Gambling, Lausanne
- sfa/ispa Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (2004) [Hrsg.]: Soziale Kosten des Alkoholmissbrauchs in der Schweiz, Lausanne
- Single Eric (2003): Estimating the Costs of Substance Abuse. Implications to the Estimation of the Costs and Benefits of Gambling, *Journal of Gambling Studies*, 19(2), 215-233
- Sommer Heini, Othmar Brügger, Christoph Lieb und Steffen Niemann (2007): Volkswirtschaftliche Kosten der Nichtberufsunfälle in der Schweiz. Strassenverkehr, Sport Haus und Freizeit, im Auftrag der Beratungsstelle für Unfallverhütung bfu, Bern
- Stern Susanne, Thomas von Stokar, Judith Trageser und Ralph Thomas (2009): Evaluation act-*info*, Bern: Bundesamt für Gesundheit
- Stinchfield Randy (2002): Reliability, validity, and classification accuracy of the South Oaks Gambling Screen (SOGS), *Addictive Behaviors*, 27, 1-19
- Stucki Stephanie und Margret Rihs-Middel (2007): Prevalence of Adult Problem and Pathological Gambling between 2000 and 2005: An Update, *Journal of Gambling Studies*, 23(3), 245-257
- Suominen Kirsi, Erkki Isometsä, Jaana Suokas, Jari Haukka, Kalle Achte, and Jouko Lönnqvist (2004): Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study, *Am J Psychiatry*, 161, 562-563
- Tomei Alexander, Sophie Hardegger, Emanuel Tichinelli und Margret Rihs-Middel (2009): Validation du test Lie/Bet *élargi* en langue française pour le dépistage du jeu pathologique dans la population adulte, im Auftrag der Eidgenössischen Spielbankenkommission ESBK, Bern
- Trchsel Daniel (2009) : Scheidung. Faire Regelung für Kinder, Wohnung und Finanzen, 15. vollständig neu erarbeitete Auflage, Zürich: Beobachter-Buchverlag
- Varian (1994): Mikroökonomie. Dritte Auflage, Oldenbourg
- Verein Schuldenberatung Bern (2008): Jahresbericht 2007, Bern
- Verordnung des Obergerichts über die Kosten in Zivil- und Strafverfahren sowie in weiteren Verfahren (Kostenverordnung) vom 6. November 2003, Kanton Luzern
- Vitale Sarino, France Priez und Claude Jeanrenaud (1998): Le coût social de la consommation de tabac en Suisse, Neuchâtel: Université de Neuchâtel (avec HealthEcon)
- Walker Douglas M. (2003): Methodological Issues in the Social Cost of Gambling Studies, *Journal of Gambling Studies*, 19(2), 149-184
- WHO World Health Organization (2003): International guidelines for estimating the costs of substance abuse, Second edition, Genève
- Ziörjen Kathrin und Sabina Renggli (2003): OP. Die Personalfuktuation kostet Millionen, *Competence* 12/2003, 29-31

10 Anhang

10.1 Prävalenzschätzung auf der Basis der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007

Gemäss Auftrag der ESBK erfolgte die Prävalenzschätzung der Personen mit Glücksspielproblemen bzw. die entsprechenden Casino-Nutzer/innen auf der Basis der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) 2007. Das Vorgehen stützt sich dabei auf die in der Studie der ESBK (2009) vorgegeben Variablen.

Vor dem Hintergrund der Fragestellung der vorliegenden Analyse «Erfassung der durch die Schweizer Casinos verursachten sozialen Kosten» musste die Population auf die Casino-Spieler/innen eingeschränkt werden:

- Die Grundgesamtheit wurde in einem ersten Schritt auf Personen ab 18 Jahre eingeschränkt, da erst ab diesem Alter eine Eintrittsberechtigung in ein Casino gilt.
- Weiter mussten die fraglichen Personen in den letzten 12 Monaten an «Glücksspielen im Casino» teilgenommen haben («Tische, Geldmaschinen, Turniere (Poker, Black-Jack, usw.)», Variablen sglsp03a, sglsp03b und sglsp03c). Ein diskutierbarer Punkt betraf hier die Besuchsfrequenz. Aus den Gesprächen mit Experten aus der Beratungspraxis (vgl. Künzi et al. 2004, 109) ging hervor, dass bei Spielern mit Glücksspielproblemen ein wöchentliches oder mehrmals wöchentliches Spielen häufig sei, dass sich aber auch Muster finden von mehrmals täglich bis episodisch oder quartalsweise – letzteres insbes. bei Tischspielern in Casinos. Da wir davon ausgehen, dass geringe Besuchsfrequenzen bei Personen mit Glücksspielproblemen doch relativ selten sind, haben wir Personen, die angegeben haben, dass sie weniger als 12 mal pro Jahr im Casino gespielt haben (Kategorien: 6 bis 11 mal pro Jahr sowie weniger als 6 mal pro Jahr) grundsätzlich (siehe Ausnahmen) der Population der risikoarmen Casino-Spieler zugeordnet.
- Aufgrund der spezifischen Fragestellung wurden Personen ausgeschlossen, die zwar angegeben haben, dass sie in den vergangenen 12 Monaten im Ausland in Casinos gespielt haben, nicht aber in der Schweiz (Variable sglsp04b).

In Anlehnung an den in der Studie der ESBK (2009) entwickelten Index wurden in der Folge für die Schätzung der Prävalenzen resp. des Schweregrads der Glücksspielproblematik die folgenden Variablen einbezogen:

- «Welche Art oder welche Arten von Glücksspielen haben Ihnen Problem in den letzten 12 Monaten verursacht?» (nur wenn Nennung «Glücksspiele innerhalb von Casinos», sglsp07a)
- «Welche negativen Auswirkungen haben Glücksspiele in den letzten 12 Monaten auf Ihre persönliche Situation gehabt?» (Nennung mind. einer negativen Auswirkung, sglsp08x)
- «Waren Sie wegen Spielproblemen in den letzten 12 Monaten in Behandlung?» (Nennung mind. einer negativen Auswirkung, sglsp09x)
- Lie/Bet élargi a: «Haben Sie jemals gegenüber Menschen, die Ihnen wichtig waren, über das Ausmass Ihres Spielens lügen müssen?» (sglsp10, dichotomisiert «immer/oft»=Ja, selten/nie=nein, Beantwortung mit Ja)
- Lie/Bet élargi b: «Haben Sie das Bedürfnis verspürt, mit einem immer höheren Geldeinsatz zu spielen?» (sglsp11, dichotomisiert «immer/oft»=Ja, selten/nie=nein, Beantwortung mit Ja)
- Lie/Bet élargi c: «Haben Sie sich schon über die Bemerkungen anderer geärgert, die Ihr Glücksspiel kritisiert haben?» (sglsp12, dichotomisiert «immer/oft»=Ja, selten/nie=nein, Beantwortung mit Ja)
- «An welchen Glücksspielen haben Sie in den letzten 12 Monaten in der Schweiz teilgenommen?» (Nennung mind. zwei Glücksspielarten, die «2 mal oder mehr pro Woche» gespielt wurden, sglsp03x)

Insgesamt konnten so 7 Punkte erzielt werden. Es wurden drei Gruppen gebildet: Erreichte eine Person 2 oder mehr Punkte, so wurde sie zu den «wahrscheinlich pathologischen Spielern» gerechnet, bei 1 Punkt zu den «potentiell problematischen Spielern». Die restlichen Spieler/innen gelten als «risikoarme Spieler». Wobei folgende Ausnahmen gemäss Index der ESBK-Studie (2009) der Population der problematischen oder pathologischen Spieler/innen zugeordnet wurden:

- 2 Zielpersonen haben Probleme wegen dem Spielen in Casinos rapportiert. Dabei spielte die eine Person selten (weniger als 6 mal pro Jahr) und die andere hat die Antwort bei der Spiel-Häufigkeitsfrage verweigert.
- 5 Zielpersonen rapportieren Probleme wegen dem Spielen in Casinos, spielen jedoch nur 6 bis 11 mal pro Jahr in einem Casino.
- 1 Zielperson gibt an, weniger als 6 mal pro Jahr im Casino gespielt zu haben, und zwar ausschliesslich im Casino (keine Nennung bei weiteren Glücksspielen). Gleichzeitig ergibt sich gemäss Index der ESBK-Studie ein problematisches Glücksspielverhalten.

In ihrer Studie weist die ESBK (2009) darauf hin, dass sich der Lie/Bet-Screen alleine bei der Schätzung der Prävalenz in der Population der Schweizerischen Gesundheitsbefragung als kein zuverlässiges Instrument herausgestellt habe.⁵⁷

10.2 Erhebungsinstrumente

Nachfolgend sind die im Rahmen der Studie verwendeten Erhebungsinstrumente aufgeführt.

10.2.1 Befragung der Beratungs- und Behandlungsstellen

10.2.2 Befragung der gesperrten Spieler/innen

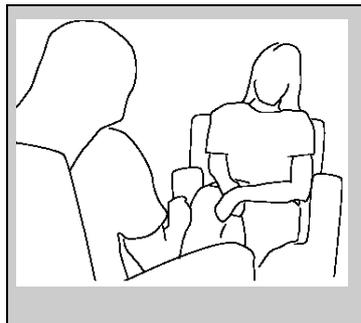
10.2.3 Leitfaden der Expertengespräche

⁵⁷ In Bezug auf die Population von Personen in Beratung und Personen, die per Internet einen Fragebogen ausgefüllt haben, erlaube der Lie/Bet hingegen die zuverlässige Identifizierung von pathologischen Spielern (2 positiv beantwortete Items) sowohl im Vergleich mit dem DSM IV als auch mit dem SOGS. Die Bestimmung der problematischen Spieler bleibe jedoch weiterhin heikel (Stellungnahme der Studienleiterin Fr. Rihs-Middel, 3. Feb. 2009).

Soziale Kosten des Glücksspiels in Casinos

Studie zur Erfassung der durch die Schweizer Casinos verursachten sozialen Kosten

Befragung von Beratungs- und Behandlungsinstitutionen



Im Auftrag
der Eidgenössischen Spielbankenkommission ESBK

Bern, Mai 2008

Sehr geehrte Damen und Herren

Als unabhängiges Unternehmen garantiert Ihnen das Büro BASS **absolute Diskretion** im Umgang mit Ihren Angaben. Die Eidgenössische Spielbankenkommission erhält keine Einsicht in die einzelnen Fragebogen. Wir geben die Umfrageergebnisse nur in solcher Form weiter, dass keinerlei Rückschlüsse auf einzelne Personen oder Institutionen gezogen werden können.

Falls Sie den Fragebogen in einer **anderen Sprache** (franz., ital.) vorziehen, können Sie ihn gerne unter der unten angegebenen E-Mail-Adresse anfordern.

Den ausgefüllten Fragebogen senden Sie uns bitte mit dem beigelegten frankierten Antwortcouvert bis **spätestens 15. Juni 2008** zurück.

Wenn beim Ausfüllen Unklarheiten bestehen oder Sie Rückfragen haben, so zögern Sie bitte nicht, uns unter **Tel. 031 380 60 80** oder per **E-Mail: kilian.kuenzi@buerobass.ch** zu kontaktieren.

Wir danken Ihnen für das Ausfüllen des Fragebogens und Ihren wertvollen Beitrag!

BASS Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien



Kilian Künzi, Projektleiter

A Kontaktperson

Bitte geben Sie eine Kontaktperson an, an die wir uns bei Rückfragen wenden können.

Name, Vorname: _____

Institution: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

B Art Ihrer Institution

1. Welchem der nachfolgenden Institutionstypen lässt sich Ihre Einrichtung am ehesten zuordnen? Bitte nur eine Variante ankreuzen.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ₁ Glücksspielsuchtfachstelle | <input type="checkbox"/> ₆ Allgemeiner Arzt / Allgemeine Ärztin |
| <input type="checkbox"/> ₂ Andere Suchtfachstelle (Alkohol, Drogen etc.) | <input type="checkbox"/> ₇ Selbsthilfegruppe |
| <input type="checkbox"/> ₃ Ambulante psychiatrisch-psychoziale Einrichtung | <input type="checkbox"/> ₈ Allgemeiner (staatlicher) Sozialdienst, Sozialamt |
| <input type="checkbox"/> ₄ Stationäre psychiatrisch-psychoziale Einrichtung (psychiatrische Klinik, Universitätsspital etc.) | <input type="checkbox"/> ₉ Betrieblicher Sozialdienst |
| <input type="checkbox"/> ₅ Private psychiatrische oder psychologische Praxis | <input type="checkbox"/> ₁₀ Schuldenberatungsstelle |
| | <input type="checkbox"/> ₁₁ Andere Einrichtung: _____ |

C Beratungen / Behandlungen

2. Hatten Sie an Ihrer Institution zwischen 2003 und 2007 KlientInnen (SpielerInnen oder Angehörige), die bei Ihnen wegen Glücksspielproblemen in Beratung / Behandlung waren?

- ₁ Ja ⇒ bitte weiter zu **Frage 3**
- ₂ Nein ⇒ Falls Sie an Ihrer Institution zwischen 2003 und 2007 keine KlientInnen mit Glücksspielproblemen in Beratung / Behandlung hatten, **endet der Fragebogen hier für Sie**. Herzlichen Dank für die Rücksendung!

3. Wie gross war 2003 bis 2007 die jeweilige Gesamtzahl der an Ihrer Institution beratenen / behandelten KlientInnen?

⇒ Lassen Sie bitte in der Tabelle kein Feld leer: Wenn in einem Jahr kein Beratungsfall vorliegt, schreiben Sie bitte «0» (null). Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können («weiss nicht»), streichen Sie das entsprechende Feld bitte durch.

Jahr	2003	2004	2005	2006	2007
Anzahl Beratungs-/Behandlungsfälle total					

4. Wie viele davon waren KlientInnen, die von Glücksspielproblemen betroffen waren (SpielerInnen und Angehörige, differenziert nach hauptsächlichem Spielort)?

Da Beratungen / Behandlungen über das Jahresende hinaus oder über mehrere Jahre andauern können, fragen wir bei den KlientInnen mit Glücksspielproblemen sowohl nach der Anzahl der Beratungsfälle wie auch der Neueintritte in die Beratung.

⇒ Lassen Sie bitte in der Tabelle kein Feld leer: Wenn in einem Jahr kein Beratungsfall vorliegt, schreiben Sie bitte «0» (null). Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können («weiss nicht»), streichen Sie das entsprechende Feld bitte durch.

Jahr	2003	2004	2005	2006	2007
Anzahl Beratungs-/Behandlungsfälle Glücksspiel					
Anzahl Neueintritte Glücksspielberatung					
davon: a) Personen mit hauptsächlichem problemverursachenden <i>Spielort Casino</i>					
b) Personen mit hauptsächlichem problemverursachenden <i>Spielort ausserhalb Casino</i>					

5. Falls sich die Anzahl und/oder die Zusammensetzung Ihrer KlientInnen mit Glücksspielproblemen in den Jahren 2003 bis 2007 deutlich verändert hat: Welches sind Ihrer Meinung nach die wichtigsten Gründe für die Entwicklung?

6. Wenn Sie sich Ihre KlientInnen mit Glücksspielproblemen vor Augen führen: Hat sich zwischen 2003 und 2007 der Schweregrad bzw. die Problemlage der Neueintritte verändert?

- ₁ Nein, der Schweregrad ist in etwa gleich geblieben
- ₂ Der Schweregrad hat tendenziell eher zugenommen
- ₃ Der Schweregrad hat tendenziell eher abgenommen

Falls Sie eine Veränderung festgestellt haben, notieren Sie hier bitte die wichtigsten Merkmale.

D Kostenfragen für das Jahr 2007**7. Welche Betriebskosten verzeichnete Ihre Institution im Jahr 2007?**

Die Angaben müssen sich auf dieselbe Institution bzw. Institutionseinheit beziehen wie die Angaben in Frage 3. zur Anzahl aller an Ihrer Institution beratenen / behandelten KlientInnen.

_____ Franken Personalaufwand (inkl. Sozialleistungen)

_____ Franken andere Betriebskosten (Infrastruktur, Sachmittel, etc.)

8. Wer hat im Jahr 2007 die Kosten Ihrer Institution getragen?

Bitte geben Sie die Anteile der jeweiligen Kosten- bzw. Finanzierungsträger in Prozenten an.

Gemeinde:	_____	%
Kanton:	_____	%
Bund:	_____	%
Krankenkasse:	_____	%
Lotteriebranche:	_____	%
Spielbankenbranche:	_____	%
Private Trägerschaft:	_____	%
Anderer Träger: _____:	_____	%
Total:		100 %

E Ergänzungen und Bemerkungen

Hier finden Sie Platz für allfällige Ergänzungen und Bemerkungen.

Besten Dank für Ihre wertvolle Mitarbeit!

Studie zu den sozialen Kosten des Glücksspiels in Casinos

Befragung von Casino-Besuchern, die eine Spielsperre erhalten



Im Auftrag
der Eidgenössischen Spielbankenkommission ESBK

Sehr geehrte Damen und Herren

Anonymität ist garantiert. Die Befragung ist absolut anonym und vertraulich. Ihre Antworten werden an niemanden weitergeleitet und ausschliesslich für wissenschaftliche Zwecke ausgewertet.

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens. Je nach Ihrer Situation müssen Sie nicht alle Fragen beantworten. Wir haben dies mit einem Pfeil und der Fragennummer markiert, zu der Sie springen können (⇒ bitte zu Frage X).

Bitte nehmen Sie sich 10 bis 20 Minuten Zeit, füllen Sie den Fragebogen aus und schicken Sie ihn mit dem beigelegten frankierten Antwortcouvert **möglichst innerhalb von 14 Tagen** zurück an: Büro BASS, Konsumstrasse 20, 3007 Bern.

Sie können den Fragebogen auch «online» ausfüllen, und zwar unter folgendem Link:

www.buerobass.ch/survey

Sollten Sie Fragen haben, so stehen wir Ihnen per Telefon oder per E-Mail gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen

Kilian Künzi, Projektleiter BASS, Tel. 031 380 60 89, kilian.kuenzi@buerobass.ch

1. Seit wann sind Sie regelmässig ins Casino gegangen (also mindestens etwa einmal pro Monat)? Geben Sie bitte das Jahr an.

Jahr: _____

2. Welches Spiel im Casino, Tische oder Automaten, haben Sie vor der Sperrung hauptsächlich gespielt? Bitte nur eine Variante ankreuzen.

- ₁ Hauptsächlich Tische
- ₂ Hauptsächlich Automaten
- ₃ Beides gleich häufig, Tische und Automaten

3. Wie häufig haben Sie in den letzten 12 Monaten vor der Sperrung im Durchschnitt das Casino besucht? Bitte nur eine Variante ankreuzen.

- ₁ 1- bis 3-mal pro Monat
- ₂ 1- bis 2-mal die Woche
- ₃ 3- bis 4-mal die Woche
- ₄ 5- bis 7-mal die Woche
- ₅ Anderes: _____

4. Wie viel Geld haben Sie in einem durchschnittlichen Monat in den letzten 12 Monaten vor der Sperrung verspielt? Bitte nur eine Variante ankreuzen.

- ₁ Weniger als 100 Fr.
- ₂ 100 bis knapp 500 Fr.
- ₃ 500 bis knapp 1'000 Fr.
- ₄ 1'000 bis knapp 2'000 Fr.
- ₅ 2'000 bis knapp 5'000 Fr.
- ₆ 5'000 bis knapp 10'000 Fr.
- ₇ 10'000 Fr. oder mehr

16. Ist es schon vorgekommen, dass Sie wegen dem Casino-Spiel oder wegen Gedanken daran an Ihrer Arbeitsstelle weniger produktiv gewesen sind?

- ₁ Ja ₂ Nein

17. Haben Sie wegen dem Casino-Spiel in den letzten 12 Monaten einmal oder mehrmals die Arbeitsstelle gewechselt bzw. wechseln müssen? Bitte nur eine Variante ankreuzen.

- ₁ Ja, einmal die Arbeitsstelle gewechselt
₂ Ja, mehrmals die Arbeitsstelle gewechselt
₃ Nein, nie die Arbeitsstelle gewechselt

18. Sind Sie in den letzten 12 Monaten wegen dem Casino-Spiel arbeitslos geworden?

- ₁ Ja ₂ Nein

19. Welches ist Ihre höchste abgeschlossene Ausbildung? Bitte nur eine Variante ankreuzen.

- ₁ Obligatorische Schule
₂ Anlehre, 1 Jahr Handelsschule, Haushaltslehrjahr
₃ Berufslehre oder Vollzeit-Berufsschule
₄ Diplommittelschule, Matura, Lehrerseminar
₅ Technikum, Höhere Fachschule (HTL/HWV), Höherer Fachausweis
₆ Universität, Hochschule, Fachhochschule
₇ Anderes, nämlich: _____

20. Wie hoch ungefähr war in den letzten 12 Monaten vor der Spielsperre Ihr persönliches monatliches Brutto-Einkommen (also Lohn, Rente, Einkommen aus Kapitalzinsen etc.)? Bitte nur eine Variante ankreuzen.

- ₁ Weniger als 2'000 Fr. pro Monat
₂ 2'000 bis knapp 3'000 Fr. pro Monat
₃ 3'000 bis knapp 4'500 Fr. pro Monat
₄ 4'500 bis knapp 6'000 Fr. pro Monat
₅ 6'000 bis knapp 8'000 Fr. pro Monat
₆ 8'000 bis knapp 10'000 Fr. pro Monat
₇ 10'000 bis knapp 15'000 Fr. pro Monat
₈ 15'000 Fr. pro Monat oder mehr

21. Wohnen Sie mit Kindern zusammen, für die Sie sorgen?

- ₁ Ja, Anzahl Kinder: _____ ₂ Nein

22. Haben Sie Kinder, für die Sie sorgen müssen, die nicht mit Ihnen zusammen wohnen?

- ₁ Ja, Anzahl Kinder: _____ ₂ Nein

23. Wohnen Sie mit anderen erwachsenen Personen zusammen? Bitte nur eine Variante ankreuzen.

- ₁ Nein
₂ Ja, mit Ehe- oder Lebenspartner/in
₃ Ja, mit Eltern oder Verwandten
₄ Ja, in Wohngemeinschaft

24. Nachfolgend sind verschiedene familiäre Probleme aufgeführt. Hat das Casino-Spiel bei Ihnen in den letzten 12 Monaten ein solches Problem (mit)verursacht? Kreuzen Sie bitte alles Zutreffende an.

- Der Kontakt zu Freunden und Bekannten ging verloren
 Trennung vom Ehe- oder Lebenspartner
 Scheidung vom Ehepartner
 Sie bzw. Ihre Familie musste/n Unterstützung von der Sozialhilfe beziehen
 Kinderalimente oder Unterstützungsbeiträge für (Ehe-)Partner konnten nicht bezahlt werden
 Sie konnten Ihre Kinder nicht so betreuen (hüten), wie sie dies eigentlich wollten
 Anderes familiäres Problem: _____

25. Haben Sie in den letzten 12 Monaten «illegale Handlungen» begangen, die mit dem Casino-Spiel in Zusammenhang stehen (z.B. um das Casino-Spiel zu finanzieren oder um Schulden zu begleichen)?

- ₁ Ja ₂ Nein

26. Haben Sie wegen Problemen mit dem Casino-Spiel schon an Selbstmord gedacht?

- ₁ Ja ₂ Nein

27. Nachfolgend sind verschiedene gesundheitliche Probleme aufgeführt. Hat das Casino-Spiel bei Ihnen in den letzten 12 Monaten ein solches Problem verursacht bzw. ausgelöst? Kreuzen Sie bitte alles Zutreffende an.

- Psychische Probleme (Depression, Angstzustände etc.)
 Alkoholproblem
 Drogenproblem (illegale Drogen)
 Medikamentenproblem
 Übermässiger Tabakkonsum
 Anderes gesundheitliches Problem: _____
 Nein, das Casino-Spiel hat bei mir keine gesundheitlichen Probleme verursacht

28. Bekommen Sie wegen gesundheitlichen Problemen in Zusammenhang mit dem Casino-Spiel eine IV-Rente?

- ₁ Ja ₂ Nein

29. Waren sie wegen Spielproblemen in den letzten 12 Monaten in Beratung oder Behandlung? Um welche Stelle/n handelt es sich? Kreuzen Sie bitte alles Zutreffende an.

- Freunde oder Bekannte
- Hausarzt / Allgemeiner Arzt
- Allgemeine Beratungsstelle / Sozialdienst
- Selbsthilfegruppe
- Schuldenberatungsstelle
- Auf Suchtprobleme spezialisierte Beratungsstelle
- Psychologe/in / Psychotherapeut/in
- Psychiater/in
- Stationärer Aufenthalt in Spital / Klinik
- Andere
- Nein, ich hatte keine Beratung / Behandlung wegen dem Spielen in den letzten 12 Monaten

30. Bitte geben Sie noch folgende Angaben zu Ihnen an:

Geschlecht: ₁ Mann ₂ Frau
Geburtsjahr: 19____
Nationalität: ₁ Schweizer/in ₂ Ausländer/in ₃ Doppelbürger/in
Wohnkanton: _____ Im Ausland wohnhaft
Casino, in dem Sie sich haben sperren lassen: _____

31. Abschliessend finden Sie noch etwas Platz für Bemerkungen / Ergänzungen

Damit sind wir am Ende der Befragung. Vielen herzlichen Dank!

Bitte schicken Sie den Fragebogen im beigelegten frankierten Antwortcouvert zurück an:
Büro BASS, Konsumstrasse 20, 3007 Bern.

Falls Sie eine **Beratung** wünschen, können Ihnen unter anderem folgende Adressen weiterhelfen:

- Telefon 143, Die Dargebotene Hand, Tel. 143, www.143.ch
- Sozialbeirat Schweizer Spielbanken, Tel. 044 420 19 90, www.spielprobleme.ch
- Careplay - Swiss Institut For Responsible Gambling, Luzern, help@careplay.ch, Tel. 041 367 48 47, www.careplay.ch
- Centre du jeu excessif, Lausanne, Tél. 021 316 44 40, info@jeu-excessif.ch, www.jeu-excessif.ch
- Rien ne va plus, Centre du prevention du jeu excessif, Genève, Tél. 0800 801 381, riennevaplus@iprolink.ch, www.riennevaplus.org
- Servizio psico-sociale, Bellinzona, Tel. 091 814 31 61

Studie zu den sozialen Kosten des Glücksspiels in Casinos

Interviewfragen für Experteninterviews

Im Auftrag
der Eidgenössischen Spielbankenkommission ESBK

Tobias Fritschi
Bern, März 2009

Vorbemerkungen

Im Auftrag der Eidgenössischen Spielbankenkommission (ESBK) führt unser Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS) eine Studie zu den sozialen Kosten des Glücksspiels in Casinos in der Schweiz durch. Soziale Kosten bezeichnen negative Folgen, welche durch das Glücksspielangebot der Casinos entstehen, welche nicht durch die Casinos selber gedeckt werden und welche von den Glücksspieler/innen beim «Konsumentenscheid» nicht willentlich in Kauf genommen worden sind. Dies sind hauptsächlich Kosten im Zusammenhang mit der Problematik der Glücksspielsucht.

Im letzten halben Jahr haben wir zwei Befragungen durchgeführt:

- Eine Befragung von Institutionen, die in die Beratung und Behandlung von Personen mit Glücksspielproblemen involviert sind.
- Eine Befragung von Spieler/innen, die sich in Casinos in der Schweiz haben sperren lassen bzw. denen eine Spielsperre auferlegt worden ist.

Im Rahmen der Studie führen wir ebenfalls Gespräche mit Expert/innen durch im Bereich Folgen des Glücksspiels. Dazu wurden Interviewpartner/innen aus verschiedenen Institutionstypen ausgewählt, z.B. Glücksspielberatungsstelle, Schuldenberatung, Sozialkonzeptverantwortliche Casinos, Forschung.

Diese Gespräche sollen eine qualitative Vertiefung der verschiedenen Themenbereiche der Studie bringen und mithelfen, die ermittelten Resultate zu plausibilisieren. Sowohl die Situation der gesperrten Spieler/innen wird angesprochen, als auch die Kosten der Institutionen, die Personen mit Glücksspielproblemen beraten oder behandeln. Zudem soll eine Einschätzung der Entwicklungen im Bereich Glücksspiel und dessen problematischen Folgen in den letzten Jahren sowie in Zukunft eingeholt werden.

Das Gespräch wird in folgende Abschnitte gegliedert:

- Kosten des Beratungsangebots
- Glücksspieler/innen: Merkmale, «Kostenkarrieren»
- Wirkung der heutigen Massnahmen gegen die Glücksspielsucht
- Problematik der Glücksspielsucht allgemein, zukünftige Entwicklungen

Die genauen Fragen finden Sie auf den folgenden Seiten. Für uns ist es sehr wichtig, dass wir einen möglichst breiten Einblick in die Materie erhalten, wobei wir gegebenenfalls im Laufe des Gesprächs Schwerpunkte setzen werden. Wir werden Ihnen im Verlauf des Gesprächs Resultate unserer Untersuchungen vorlegen, welche Ihnen als Illustration dienen. Hier wird jeweils ein Verweis gemacht (vgl. Resultate)

Kosten des Beratungsangebots

Zum Einstieg in unser Gespräch möchten wir Ihnen einige Fragen zum Beratungsangebot Ihrer Institution und Ihren persönlichen Aufgaben stellen.

1. Wie sieht das Beratungsangebot Ihrer Institution allgemein aus?
2. Welches Angebot steht für Personen mit Glücksspielproblemen zur Verfügung und welchen Stellenwert hat dieses innerhalb des Gesamtangebots?
3. Welches sind Ihre persönlichen Aufgaben und Kompetenzen? Seit wann üben Sie diese aus?
4. Welcher Beratungs-/Therapieaufwand entsteht bei Ihrer Institution für die Beratung von Personen mit Glücksspielproblemen im Vergleich zu anderen Beratungen/Therapien (pro Fall)?

Glücksspieler/innen: Merkmale, «Kostenkarrieren»

Im Folgenden möchten wir Ihnen einige Fragen zu Ihren Klient/innen und zur Glücksspielsucht im Einzelfall stellen.

5. Welcher Anteil von Spieler/innen, welche Ihr Angebot in Anspruch nehmen, spielen regelmässig im Casino? Welche anderen Glücksspiele werden durch Ihre Klient/innen gespielt?
6. Aufgrund der Angaben von rund 150 Spieler/innen, für welche eine Spielsperre eingerichtet worden ist, haben wir eine gewisse Verteilung des Problemgrads in bezug auf Glücksspielsucht (pathologisches, problematisches, risikoarmes Spielen) festgestellt: -> vgl. Resultate. Entspricht diese Verteilung Ihrer Erwartung?

Bei den folgenden Fragen ist die Einteilung der gesperrten Spieler/innen in pathologische, problematische und risikoarme Spieler/innen als Hintergrundfolie zu behalten.

7. Wie beurteilen Sie die Summe an Geld, die ein/e Spieler/in im Casino bei der Einrichtung der Sperre durchschnittlich verspielt hat, nach Problemgrad? -> vgl. Resultate
8. Welcher Anteil bzw. welche Summe des verpielten Geldes geht Ihrer Meinung nach zurück auf: a) Vermögenswerte/Ersparnisse, b) Schulden/Zahlungsrückstände? -> vgl. Resultate
9. Wie schätzen Sie die Erwerbssituation und die Arbeitsfähigkeit von Personen mit Glücksspielproblemen ein, wann treten Probleme am Arbeitsplatz auf? In welchen Fällen kann die Glücksspielsucht in die Arbeitslosigkeit führen? -> vgl. Resultate
10. Wie schätzen Sie die familiäre und soziale Situation von Personen mit Glücksspielproblemen ein (Scheidung/Trennung, Isolation)? -> vgl. Resultate. Wie entwickelt sich das soziale Umfeld einer Person mit Glücksspielproblemen mittel- und langfristig?
11. Wie schätzen Sie gesundheitliche Situation (insbesondere psychische Probleme, Suchtverhalten) von Personen mit Glücksspielproblemen ein? -> vgl. Resultate
12. Wie schätzen Sie den Zusammenhang zwischen Kriminalität und Glücksspielsucht ein? -> vgl. Resultate
13. Welche Unterschiede bestehen in den angesprochenen Problembereichen: a) zwischen Frauen und Männern, b) zwischen Schweizer/innen und Ausländer/innen, c) zwischen verschiedenen Alterskategorien? -> vgl. Resultate
14. Bitte beschreiben Sie typische «Kostenkarrieren» der Ihnen bekannten Fälle in bezug auf die oben genannten sozialen Kosten.
15. Wie schätzen Sie die typischen «Kostenkarrieren» von Personen mit Glücksspielproblemen, welche ein Beratungs- bzw. Behandlungsangebot in Anspruch nehmen, ein gegenüber solchen von Personen mit Glücksspielproblemen, welche kein Beratungsangebot in Anspruch nehmen?

Wirkung der heutigen Massnahmen gegen die Glücksspielsucht

Als nächstes möchten wir Sie kurz zu Ihrer Einschätzung der heutigen Massnahmen gegen die Glücksspielsucht befragen.

16. Wie schätzen Sie die Wirkung der Sozialkonzepte in den Casinos heute ein? Wie schätzen Sie insbesondere die Wirksamkeit der Spielsperren und Besuchsvereinbarungen zur Vermeidung von Sozialen Kosten ein? Welcher Zusammenhang besteht zwischen Spielsperre und der Inanspruchnahme von Beratung? Welche Veränderungen sind in diesem Bereich in den letzten Jahren eingetreten?
17. Schätzen Sie das vorhandene Beratungs- und Behandlungsangebot für Personen mit Glücksspielproblemen in Ihrem Kanton und in der Schweiz als ausreichend ein? Welche Veränderungen sind in diesem Bereich in den letzten Jahren eingetreten?

Problematik der Glücksspielsucht allgemein, zukünftige Entwicklungen

Schliesslich möchten wir Ihnen Gelegenheit geben, sich zum Entwicklung des Problems der Glücksspielsucht in der Schweiz im Allgemeinen zu äussern sowie bisher nicht angesprochene wichtige Punkte zu ergänzen.

18. Wie hat sich aufgrund Ihrer Erfahrung die Anzahl der Fälle von Personen mit Glücksspielproblemen insgesamt entwickelt in den letzten Jahren (insbesondere seit 2003, differenziert nach problemverursachendem Glücksspiel)? Welches waren wichtige Faktoren, die diese Entwicklung beeinflusst haben?
19. Wie hat sich der Schweregrad der Fälle entwickelt, die Sie in der Beratung/Behandlung sehen? Was haben Sie für eine Einschätzung zur Entwicklung der damit verbundenen sozialen Kosten, über welche wir im zweiten Frageblock gesprochen haben?
20. Wie schätzen Sie das gesellschaftliche Problem der sozialen Kosten der Glücksspielsucht ein gegenüber den bestehenden gesellschaftlichen Problemen mit anderen Süchten (Alkohol, Tabak, weitere Drogen, Verhaltenssüchte).
21. Welche zukünftigen Entwicklungen im Glücksspielmarkt sehen Sie, die die Verbreitung von Glücksspielsucht beeinflussen werden? Wo besteht Ihrer Ansicht nach staatlicher Regelungsbedarf?
22. Welche weiteren noch nicht besprochenen Punkte scheinen Ihnen wichtig?