

Soziale Kosten des Glücksspiels in Deutschland

Tilman Becker*

Forschungsstelle Glücksspiel
Universität Hohenheim

Juli 2011

* Prof. Dr. Tilman Becker ist Geschäftsführender Leiter der Forschungsstelle Glücksspiel der Universität Hohenheim, E-Mail: tilman.becker@uni-hohenheim.de

INHALT

| | | |
|-----|--|----|
| 1 | Einleitung..... | 3 |
| 2 | Grundlegende methodische Fragen | 13 |
| 2.1 | Sind pathologische Spieler für ihr Handeln verantwortlich?..... | 13 |
| 2.2 | Entstehen soziale Kosten bei Entscheidungen unter unvollständiger Information? | 15 |
| 2.3 | Wie können gesellschaftliche Kosten gemessen werden?..... | 17 |
| 2.4 | Soziale Kosten hängen von der Sozialordnung und der Wirtschaftslage einer Gesellschaft ab..... | 18 |
| 2.5 | Wie erfolgt die Zuordnung der gesellschaftlichen Kosten?..... | 19 |
| 3 | Zur Methodik und Berechnung der Kostenkomponenten | 23 |
| 3.1 | Kosten für das Gesundheitssystem | 23 |
| 3.2 | Kosten der Schuldnerberatung..... | 25 |
| 3.3 | Verwaltungs- und Kriminalitätskosten | 30 |
| 3.4 | Kosten für Prävention und Forschung | 33 |
| 3.5 | Indirekte Kosten | 35 |
| 3.6 | Intangible Kosten..... | 41 |
| 4 | Die sozialen Kosten des pathologischen Glücksspiels im Vergleich zu den sozialen Kosten des Substanzmissbrauchs | 43 |
| 4.1 | Glücksspiel | 43 |
| 4.2 | Tabak | 45 |
| 4.3 | Alkohol | 48 |
| 4.4 | Soziale Kosten im Vergleich..... | 49 |
| 5 | Umfang und Bedeutung eines pathologischen Spielverhaltens in Deutschland..... | 53 |
| 5.1 | Pathologisches Spielverhalten: Definition und Behandlung | 53 |
| 5.2 | Spielteilnahme in der Bevölkerung | 55 |
| 5.3 | Umfang des pathologischen Spielverhaltens bei den einzelnen Formen des Glücksspiels..... | 62 |
| 6 | Soziale Kosten bei den einzelnen Glücksspielformen..... | 73 |
| 7 | Von den sozialen Kosten zu einer gesellschaftlichen Kosten-Nutzen-Analyse..... | 75 |

Kurzfassung der wichtigsten Ergebnisse

Mit dieser Studie liegen die ersten Schätzungen für die sozialen Kosten des Glücksspiels in Deutschland nach den Standards der World Health Organisation (WHO) vor. Die hier vorliegenden Berechnungen basieren auf einer sehr differenzierten Betrachtung. Es werden bei den Berechnungen drei Gruppen von problematischen und pathologischen Spielern unterschieden. Diese sind die pathologischen Spieler, die sich in stationäre Behandlung begeben, die pathologischen Spieler, die sich ambulante Behandlung begeben, und die problematischen und pathologischen Spieler in der Bevölkerung, die sich nicht in Behandlung begeben.

Die sozialen Kosten des Glücksspiels für Deutschland betragen für das Jahr 2008 insgesamt 326 Millionen Euro und unterteilen sich in direkte und indirekte Kosten.

Die direkten Kosten betragen 152 Millionen Euro. Diese gliedern sich auf in Kosten für die stationäre Behandlung von pathologischen Glücksspielern in der Höhe von 17 Millionen Euro, Kosten für die ambulante Behandlung in der Höhe von 24 Millionen Euro, Kosten der Beschaffungskriminalität in der Höhe von 30 Millionen Euro, Kosten der Gerichte und der Strafverfolgung in der Höhe von 18 Millionen Euro, Verwaltungskosten für die Arbeitslosigkeit von 12 Millionen, Kosten für Ehescheidungen von 16 Millionen, Kosten für den Spielerschutz von 26 Millionen und Kosten für Präventionsforschung von neun Millionen Euro. Die Kosten der Schuldnerberatung liegen bei deutlich weniger als einer Millionen Euro.

Die indirekten Kosten betragen 174 Millionen Euro. Diese gliedern sich auf in Kosten, die durch den spielbedingten Verlust des Arbeitsplatzes entstehen in der Höhe von 85 Millionen Euro, Kosten durch krankheitsbedingte Fehlzeiten in der Höhe von 75 Millionen Euro und Kosten durch eine verringerte Arbeitsproduktivität pathologischer Glücksspieler in der Höhe von 14 Millionen Euro.

Das Spielen an den Geldspielautomaten verursacht der Gesellschaft soziale Kosten in der Höhe von 225 Millionen Euro im Jahr. Weit dahinter liegen die anderen Formen des Glücksspiels. Die Glücksspielautomaten in Spielbanken führen zu sozialen Kosten von 36 Millionen Euro im Jahr. Bei den Casinospielen sind die Umsätze bei den terrestrischen Spielbanken und in den Internetcasinos sowie von Poker mit eingerechnet. Alle diese Casinospiele insgesamt führen zu sozialen Kosten in der Höhe von knapp 31 Millionen. In derselben Höhe liegen die Sportwetten mit knapp 30 Millionen Euro. Lotterien verursachen soziale Kosten in der Höhe von etwas mehr als drei Millionen Euro.

Die sozialen Kosten des Glücksspiels sind nur ein ganz kleiner Bruchteil der sozialen Kosten, die der Gesellschaft durch den Tabak- und Alkoholkonsum entstehen. Diese liegen bei 20 bis 50 Milliarden Euro beim Tabakkonsum bzw. bei 20 bis 30 Milliarden Euro beim Alkoholkonsum.

1 Einleitung

Bei dem Glücksspiel handelt es sich um eine Dienstleistung, die oft kritisch betrachtet wird. Indem das Glücksspiel materielle Ziele überbetone, Ziele, die leistungsfrei erreichbar scheinen, zerrütete es Werte der methodischen Lebensführung, der Genügsamkeit, der Entsagung und des leistungsorientierten Strebens. So lautet die Argumentation der einerseits bürgerlich-liberalen, andererseits aus protestantisch-geistlichen Schichten stammenden Befürworter eines generellen Glücksspielverbots im 19. Jahrhundert.¹ Es ist mit einer bürgerlichen Arbeitsethik nur schwer vereinbar, wenn Menschen Geld erlangen, ohne dafür hart gearbeitet zu haben.

Die Geschichte des Glücksspiels mit dem Wechsel von eingeschränkter Erlaubnis und vollständigem Verbot des Glücksspiels illustriert die Bedeutung der moralischen Bewertung in der gesellschaftlichen Einordnung des Glücksspiels. Auch anderen Formen der Unterhaltung, wie das Theater, wurden in ihrer Geschichte ebenfalls sehr unterschiedlich moralisch bewertet. Die Frühchristen sahen Theater als die verderblichste aller sozialen Praktiken, welches mit Teufelsverehrung gleichgesetzt wurde,² und erst in der Neuzeit, mit dem Aufkommen von Film und Fernsehen hat sich die gesellschaftliche Bewertung des Theaters und insbesondere auch des Berufs des Schauspielers zu einer allgemeinen gesellschaftlichen Akzeptanz gewandelt. Beim Glücksspiel hingegen bilden auch heute noch oft moralische Gesichtspunkte, wenn nicht explizit, so doch zumindest implizit, die Grundlage der Einordnung und Bewertung.³

Walker weist darauf hin, dass es sich bei einer großen Anzahl der veröffentlichten Studien zu den sozialen Kosten des Glücksspiels, insbesondere bei den sehr frühen Studien, eher um „advocacy“-Studien von „anti-gambling activists“ handelt, denn um wissenschaftliche Untersuchungen. Er nennt Beispiele von „blatantly biased research“. Walker beklagt, dass diese himmelschreiend parteiischen Studien manchmal sogar in angesehenen Zeitschriften erschienen sind.⁴

Angesichts dieser Dominanz der moralisch geprägten Bewertung insbesondere in einigen frühen Studien zu den sozialen Kosten des Glücksspiels ist eine eingehende wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Methodik der Berechnung der sozialen Kosten des Glücksspiels gefordert. Einige der vorliegenden Studien zu den sozialen Kosten des Glücksspiels, insbeson-

1 Vgl. hierzu ausführlich Lutter, M.: Märkte für Träume – Die Soziologie des Lottospiels. Frankfurt: Campus Verlag, 2010, S. 48 ff.

2 In der Schrift des Kirchenvaters Tertullian werden Gladiatorenkämpfe, Wagenrennen, szenische Spiele (Tragödien, Komödien) sowie pantomimische Tänze gleichermaßen angeprangert. Vgl. Tertullian: De Spectaculis / Über die Spiele. Stuttgart: Reclam, 1988.

3 Eine sehr ausführliche Auseinandersetzung mit den moralischen Argumenten, die gegen das Glücksspiel vorgebracht werden, ist bei Collins, P.: Gaming and the public interest. Westport, Connecticut: Praeger Verlag, 2003, zu finden.

4 Douglas Walker: Quantification of the social costs and benefits of gambling. Paper presented at the 5th Annual Alberta Conference on Gambling Research, „Social and Economic Costs and Benefits of Gambling“, Banff, Alberta, April 20-22, 2006.

dere die „himmelschreiend parteiischen Studien“ sind von Autoren verfasst, denen eine solide Grundausbildung in Ökonomie fehlt. Nicht-Ökonomen verstehen häufig nicht, dass die sozialen Kosten durch eine Fehlallokation der Ressourcen entstehen und nicht durch einen reinen Geldtransfer zwischen Mitgliedern der Gesellschaft.⁵

Unter Allokation (lateinisch.: *allocare* „platzieren“, im weiteren Sinne „zuteilen“) versteht man allgemein die Zuordnung zu potentiellen Verwendern. Güter, Dienstleistungen aber auch Bodenschätze sind wirtschaftliche Ressourcen. Eine Fehlallokation dieser Ressourcen bedeutet, dass diese nicht der gesellschaftlich sinnvollsten Verwendung zugeführt werden.

Geld ist ein gesellschaftliches Zahlungs- oder Austauschmittel und hat keinen Wert an sich, es sei denn, das Papier, auf dem das Geld gedruckt wird. Wenn ein Geldtransfer zwischen zwei Mitgliedern einer Gesellschaft stattfindet, so hat ein Bürger nach dem Geldtransfer weniger Geld und der andere Bürger mehr Geld. Insgesamt hat sich die Wohlfahrt der Gesellschaft aber erst einmal nicht verändert.

Die Berechnung der sozialen Kosten für den Tabak- und Alkoholmissbrauch folgt mittlerweile allgemein akzeptierten Standards. Ein vergleichbarer Standard für die Berechnung der sozialen Kosten des Glücksspiels beginnt sich in Grundzügen abzuzeichnen, obwohl hier im Detail noch einige Fragen ungeklärt sind. Es ist ein Ziel der vorliegenden Studie, diesen bei der Berechnung der sozialen Kosten des Substanzmissbrauchs allgemein akzeptierten methodischen Ansatz auch für Nicht-Ökonomen verständlich darzustellen und auf das pathologische Glücksspiel zu übertragen.

Ein weiteres Ziel liegt darin, diesen Standard weiter zu entwickeln. So wird in der vorliegenden Studie differenziert von drei Gruppen von problematischen oder pathologischen Spielern ausgegangen: den stationär behandelten Spielern, den ambulant behandelten Spielern und den anderen Spielern mit einem problematischen oder pathologischen Spielverhalten in der Bevölkerung. Diese drei Gruppen unterscheiden sich erheblich in den jeweiligen sozialen Kosten. In der stationären Behandlung sind in der Regel die schwersten Fälle eines pathologischen Spielverhaltens zu finden. Die sozialen Kosten eines pathologischen Spielverhaltens sind bei einem stationär behandelten Spieler am höchsten, gefolgt von den sozialen Kosten, die ein ambulant behandelte Spieler verursacht. Wenn ein Spieler sich nicht in Therapie begibt, sind auch die sozialen Kosten, die dieser Spieler verursacht, deutlich geringer.

Der Begriff der sozialen Kosten stammt aus der Wohlfahrtsökonomie. Die Wohlfahrtsökonomie (engl. *welfare economics*), Wohlfahrtsökonomik oder Allokationstheorie beschäftigt sich als Teilbereich der Volkswirtschaftslehre mit der gesellschaftlichen Wohlfahrt, die sich aus der Allokation von Ressourcen ergibt.

5 Hierauf wird ausführlich in Kapitel 2.3 eingegangen werden.

Die Wohlfahrtsökonomie⁶ macht Aussagen darüber, wie der Staat durch geeignete Maßnahmen die gesellschaftliche Wohlfahrt erhöhen kann. Dabei wird davon ausgegangen, dass der Markt unter bestimmten Bedingungen der am besten geeignete Allokationsmechanismus in einer Volkswirtschaft ist. Eine dieser Bedingungen ist, dass die privaten Kosten einer wirtschaftlichen Aktivität den sozialen Kosten entsprechen. Dies bedeutet, dass eine wirtschaftliche Aktivität keine „externen Kosten“ verursacht.

Externe Kosten sind Kosten, die nicht das Wirtschaftssubjekt selbst zu tragen hat, sondern die dritte Personen tragen. Ein Lehrbuchbeispiel⁷ für solche externen Kosten in der Produktion sind die Kosten der Umweltverschmutzung. Ein Unternehmen, welches durch seine Produktion die Umwelt verschmutzt, externalisiert Kosten. Die wirtschaftliche Aktivität des Unternehmens verursacht Kosten für Dritte, die das Unternehmen nicht selbst zu tragen hat und daher auch nicht in seinen Produktionsentscheidungen berücksichtigt. Wenn solche negativen externen Effekte bei der Produktion eines Produktes vorliegen, wird in einer Gesellschaft zu viel von dem Produkt produziert. Der private Anbieter orientiert sich an seinen privaten Kosten und berücksichtigt nicht die gesellschaftlichen Kosten. Die Allokation der Ressourcen, die in der Produktion eingesetzt werden, ist zwar aus privater Sicht optimal, nicht aber aus gesellschaftlicher Sicht. Es besteht eine Divergenz zwischen der privaten und der gesellschaftlichen Bewertung. Externe Kosten können in der Produktion oder auch im Konsum auftreten.

Ein Lehrbuchbeispiel für externe Kosten im Konsum sind Verkehrsleistungen. Jede Verkehrsleistung umfasst einen bestimmten Nutzen (in der Regel das Erreichen eines Ziels) und Kosten. Diese Kosten bzw. der Nutzen fallen allerdings nicht vollständig bei denjenigen an, die die Verkehrsleistung in Anspruch nehmen (Verkehrsnutzer). Einige dieser Kosten werden anderen Personen bzw. der gesamten Gesellschaft angelastet. Man kann daher zwischen den „internen“ oder privaten Kosten, die von der an der Verkehrsleistung beteiligten Person getragen werden (z. B. Zeitaufwand, Fahrzeug- und Kraftstoffkosten) und den „externen Kosten“ (den Kosten, die von anderen getragen werden, z. B. Kosten für Straßenbau und -instandhaltung, Folgekosten von Abgasemissionen) unterscheiden.

Externe Effekte entstehen dann, wenn das Wohlbefinden eines Individuums durch die Tätigkeiten eines anderen Individuums beeinträchtigt wird, welches diese „Nebeneffekte“ bei seinen Entscheidungen nicht berücksichtigt.

Der Staat hat verschiedene Möglichkeiten, um im Fall von negativen externen Effekten dafür zu sorgen, dass sich die Allokation der Ressourcen wieder verbessert. Ziel ist dabei generell, dass die externen Effekte „internalisiert“ werden, d. h. dass das Unternehmen oder der

6 Vgl. zur Geschichte der Wohlfahrtsökonomie Just, R., D. Hueth und A. Schmitz: The welfare economics of public policy: A practical approach to project and policy evaluation. Cheltenham, United Kingdom: Edward Elgar Publisher, 2004, S. 5 ff.

7 Vgl. zum Beispiel Fritsch, M., T. Wein und H.-J. Ewers: Marktversagen und Wirtschaftspolitik. München: Vahlen Verlag, 2005 (6. Auflage).

Verbraucher auch die Kosten, die Dritten entstehen, in seinen Produktionsentscheidungen berücksichtigt. Ökonomen bevorzugen hier als Möglichkeit die sogenannte „Pigou-Steuer“, die nach dem Nationalökonom Arthur Pigou benannt ist. Der Grundgedanke dabei ist, dass der Staat eine Steuer auf die Produktion erhebt, die die Produktion um den Betrag verteuert, der den Kosten für Dritte entspricht. Die Kosten für den Produzenten erhöhen sich und die Divergenz zwischen den privaten und den gesellschaftlichen Kosten ist aufgehoben. Es wird dann weniger produziert werden und so wieder eine optimale Allokation der Ressourcen erreicht.⁸ Andere Möglichkeiten, die Fehlallokation der Ressourcen zu korrigieren, sind sogenannte „Command and Control“ Maßnahmen, wie Mengengrenzungen. Analoges gilt für den Konsum. Ökonomen bevorzugen generell die Steuerlösung gegenüber „Command and Control“ Maßnahmen, da bei einer Steuerlösung sichergestellt ist, dass die Grenzkosten der Produktion, d. h. die Kosten der letzten produzierten Einheit, für alle Wirtschaftssubjekte identisch sind; eine notwendige Bedingung für eine optimale Allokation der Ressourcen.

Die Ökonomie geht von einem individualistischen Ansatz aus. Das Individuum oder Wirtschaftssubjekt ist frei, die Entscheidungen für sich zu treffen, die es selbst will. Wenn von diesen Entscheidungen nur das Wirtschaftssubjekt selbst betroffen ist, gibt es erst einmal keine Veranlassung für den Staat, regulierend einzugreifen. Nur wenn andere Wirtschaftssubjekte positiv oder negativ betroffen sind und dies von dem handelnden Individuum in seinen Entscheidungen nicht berücksichtigt wird, lassen sich staatliche Eingriffe in die Handlungsfreiheit des Individuums rechtfertigen. Die Rolle des Staates ist es letztendlich, das einzelne Individuum vor den anderen, eventuell stärkeren, Individuen zu schützen. Dies entspricht der Auffassung von Wilhelm von Humboldt:⁹ „Der Staat enthalte sich aller Sorgfalt für den positiven Wohlstand der Bürger, und gehe keinen Schritt weiter, als zu ihrer Sicherstellung gegen sich selbst und gegen auswärtige Feinde notwendig ist; zu keinem andren Endzwecke beschränke er ihre Freiheit“.

In der Wohlfahrtsökonomie hingegen geht es darum, wie das Gemeinwohl maximiert werden kann. Der Staat ergreift hier Maßnahmen, um die soziale Wohlfahrt zu erhöhen, der Staat greift ordnend ein. Die germanischen Staatswesen haben sich seit den ersten Anfängen unserer Geschichte der Aufgabe gestellt und sie auch erfüllt, einem erhabenen „gemeinen Besten“ zu dienen.¹⁰ Auf die Wohlfahrtstheorie baut die Ordnungspolitik auf, eine deutsche Spezialität in den ökonomischen Wissenschaften.

In der Wohlfahrtsökonomie wird unter sozialen oder volkswirtschaftlichen Kosten die Summe aus privaten Kosten und externen Kosten verstanden. Bisweilen wird der Begriff jedoch auch

8 Genauer gesagt erhöht die Pigou-Steuer die privaten Grenzkosten so weit, bis die privaten Grenzkosten wieder den sozialen Grenzkosten entsprechen. Die Pigou-Steuer entspricht damit der Differenz zwischen privaten und sozialen Grenzkosten.

9 Vgl. Humboldt, W. von: Ideen zu einem Versuch, die Grenzen der Wirksamkeit des Staates zu bestimmen. Stuttgart: Reclam, 1967, S. 52.

10 Vgl. Bull, H. P.: Die Staatsaufgaben nach dem Grundgesetz. Frankfurt am Main: Athanäum Verlag, 1973, S. 20 f.

als Synonym nur für externe Kosten verwendet.¹¹ Letzteres ist der Fall in der Literatur zu den sozialen Kosten des Tabak-, des Alkohol- und des Glücksspielkonsums. Dieser Definition wird hier in diesem Buch gefolgt werden. Unter sozialen Kosten werden die Kosten verstanden, die nicht das Wirtschaftssubjekt trägt, sondern die Gemeinschaft zu tragen hat, d. h. die externen Kosten.

In der Literatur zu den sozialen Kosten des Glücksspiels wurden anfänglich verschiedene methodische Ansätze verfolgt, die, wie Walker aufzeigt, oft nur der Bemäntelung bzw. zur Rechtfertigung von eigentlich moralischen Argumenten dienten. In der Literatur zu den sozialen Kosten des Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsums besteht ein wohldefinierter methodischer Standard. Dieser folgt der ökonomischen Betrachtungsweise. So wird dort häufig auch von „economic cost“ anstatt von „social cost“ gesprochen.

Auf diesen bereits etablierten Standard kann bei der Berechnung der sozialen Kosten des Glücksspiels zurückgegriffen werden, obwohl natürlich gewisse Anpassungen vorgenommen werden müssen.

Im Mai 1994 wurde in Banff, Kanada, ein erstes Symposium zu den sozialen und ökonomischen Kosten des Substanzmissbrauchs abgehalten. Es folgte 1995 ein zweites Symposium zu diesem Thema in Montebello, Quebec und 2000 ein drittes Symposium in Banff. Diese Symposien fanden unter der Beteiligung von zahlreichen nationalen und internationalen Institutionen und Organisationen statt. Das Ergebnis dieser Symposien sind die „International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse“ der World Health Organization (WHO), die in der zweiten Auflage vorliegen.¹² Diese Richtlinien stellen den weltweit akzeptierten methodologischen Standard für die Berechnung der Kosten des Substanzmissbrauchs dar.

Entsprechend diesen Richtlinien werden die Kosten des Substanzmissbrauchs für die Gesellschaft mit Hilfe der Kosten für die Behandlung, Prävention, Forschung, Rechtsdurchsetzung und dem Verlust an Arbeitsproduktivität gemessen. Darüber hinaus wird noch der Verlust an Lebensjahren im Vergleich zu einem Szenario ohne Substanzmissbrauch gemessen. In diesen Richtlinien wird eine Matrix der Kosten, die zu berücksichtigen sind, präsentiert.

Folgende Kostenkomponenten werden in dieser Matrix der „International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse“ der WHO aufgeführt:

1. Konsequenzen für das Gesundheits- und Sozialsystem (Kosten der stationären und ambulanten Behandlung, Kosten für Medikamente und andere Gesundheitskosten, Kosten der Prävention und der Forschung);
2. Konsequenzen für den Arbeitsplatz (Verlust an Arbeitsproduktivität, frühzeitiger Tod);

11 <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/14544/soziale-kosten-v6.html>

12 World Health Organization (Hrsg.): International guidelines for estimating the cost of substance abuse. World Health Organization, 2003.

3. Kosten der Rechtsdurchsetzung und -verfolgung (Polizei und Gerichtskosten einschließlich dieser Kosten für drogeninduzierte Vergehen);
4. Andere Kosten (z. B. Zerstörung von Eigentum bzw. Kosten durch drogeninduzierte Verkehrsunfälle).

Als weitere Kostenkomponente werden die intangiblen Kosten aufgeführt. Die intangiblen Kosten bewerten das Leid, das dem Klienten selbst und seinen Angehörigen durch den Substanzmissbrauch entsteht. Da das persönliche Leid nicht objektiv gemessen werden kann, enthalten sich Ökonomen in der Regel einer monetären Bewertung dieser Kosten.

Entsprechend dem ökonomischen Ansatz wird bei diesen einzelnen Kostenkomponenten deutlich zwischen privaten und sozialen Kosten unterschieden. Zu den privaten Kosten werden gerechnet: die Kosten für die Krankenversicherung, die das einzelne Individuum selbst trägt, der Verlust an Einkommen, der dem einzelnen Individuum selbst entsteht, die Kosten für Strafen, die das einzelne Individuum selbst zu tragen hat, die Kosten, die dem Individuum selbst durch die Zerstörung seines Eigentums entstehen, und auch die Kosten, die durch Schmerzen und Leid für das einzelne Individuum selbst entstehen. Diese privaten Kosten werden bei der Schätzung der sozialen Kosten des Substanzmissbrauchs nicht berücksichtigt. Nur die jeweiligen sozialen, d. h. externen Kosten werden in die Kostenschätzungen mit eingerechnet.

Die „International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse“ wurden unter der Leitung des „Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA)“ von Experten aus der ganzen Welt in einer Reihe von Treffen zwischen 1994 und 2002 entwickelt und dann von der WHO übernommen. Im Zusammenhang mit dieser Entwicklung von Richtlinien zur Messung der sozialen Kosten des Substanzmissbrauchs wurde von dem CCSA, unter der Leitung des ehemaligen CEO des CCSA, Jacques LeCavalier, ein Symposium veranstaltet, das zum Ziel hatte, ähnliche Richtlinien auch für die sozialen Kosten des Glücksspiels zu entwickeln.

Dieses „First International Symposium on the Economic and Social Impact of Gambling“ fand im Jahr 2000 in Whistler, Kanada, statt. Die Teilnehmer des Symposiums merkten frühzeitig, dass es nicht ganz einfach war, schnell einen Konsens zu finden. Es zeigte sich, dass noch Klärungsbedarf in Bezug auf die philosophischen Grundlagen einer solchen Messung der sozialen Kosten bestand. Insbesondere ging es hier um die Frage, ob pathologische Spieler für ihr Handeln verantwortlich seien. In diesem Zusammenhang stellte sich die Frage, was unter privaten und was unter sozialen Kosten zu verstehen sei. Weiterhin konnte nicht bis ins Detail geklärt werden, wie die sozialen Kosten gemessen werden können und wie die Zuordnung erfolgen

soll.¹³ Die Beiträge, die auf dem Symposium präsentiert wurden und als Diskussionsgrundlage dienten,¹⁴ sind im Journal of Gambling Studies im Sommer 2003 erschienen.¹⁵

Im Jahr 2006 fand in Banff, Kanada, eine weitere Konferenz zu dem Thema der sozialen Kosten des Glücksspiels statt. Diese Konferenz wurde von dem Alberta Gaming Research Institute organisiert. Das Alberta Gaming Research Institute ist ein Konsortium der University of Alberta, der University of Calgary und der University of Lethbridge. Auf dieser Konferenz mit dem Thema: „Social and economic costs and benefits of gambling“ bestand Einigkeit darüber, dass die sozialen Kosten des Glücksspiels auf der Grundlage der „International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse“ der WHO zu messen sind. Es wurde aber auch deutlich, dass in dem „Schutthaufen“ der Forschung in diesem Bereich nur ganz wenige Studien zu finden sind, die in angemessener Form die sozialen Kosten des Glücksspiels messen. Die meisten der vorliegenden Studien sind inkonsistent, mangelhaft, tendenziell oder gar alles zusammen.¹⁶ Ein Überblick über diese Studien ist bei Fiedler zu finden.¹⁷ Diese Studien kommen nach Fiedler zu Werten von 3.000 US-Dollar bis 53.000 US-Dollar soziale Kosten pro pathologischem Spieler in der Bevölkerung.

Die Berechnungen der sozialen Kosten des Glücksspiels in diesem Buch folgen dem Standard der WHO zur Messung der sozialen Kosten des Substanzmissbrauchs.

Bei einem unproblematischen Konsum von Glücksspiel entstehen keine sozialen Kosten. Dies wird generell nicht in Frage gestellt. Die sozialen Kosten bei Glücksspiel entstehen maßgeblich durch die negativen Auswirkungen eines pathologischen Spielverhaltens. Da das pathologische Spielverhalten bei den einzelnen Formen des Glücksspiels sehr unterschiedlich ausgeprägt ist, hängen auch die sozialen Kosten entscheidend von der betrachteten Form des Glücksspiels ab.

Die sozioökonomischen Belastungen der Gesellschaft werden generell bei der Berechnung der sozialen Kosten in drei Gruppen aufgeteilt:

13 Vgl. im Detail zu dem Symposium: Wynne, H.J. und M. Anielski: The Whistler symposium report: the first international symposium on the economic and social impact of gambling. Whistler, Kanada. (<http://www.ccsa.ca/2003%20and%20earlier%20CCSA%20Documents/ccsa-009382-2000.pdf>) oder auch Wynne, H.J. und H.J. Shaffer: The socioeconomic impact of gambling: the Whistler symposium. In: Journal of Gambling Studies Vol. 19, No. 2, Summer 2003, S. 111-121.

14 Collins, D. und H. Lapsley: The Social Costs and Benefits of Gambling: An Introduction to the Economic Issues; Walker, D.M.: Methodological Issues in the Social Cost of Gambling Studies; Eadington, W.R.: Measuring Costs from Permitted Gaming: Concepts and Categories in Evaluating Gambling's Consequences; Single, E.: Estimating the Costs of Substance Abuse: Implications to the Estimation of the Costs and Benefits of Gambling; Korn, D.; R. Gibbins und J. Azmier: Framing Public Policy Towards a Public Health Paradigm for Gambling.

15 Journal of Gambling Studies Vol. 19, No. 2, Summer 2003.

16 Vgl. Alberta Gaming Research Institute: Research Reveals. Vol. 5 No. 5, June/July 2006, S. 2.

17 Vgl. Fiedler, I.: Soziale Kosten des Glücksspiels. Vortrag auf der 20. Jahrestagung des Fachverbandes Glücksspielsucht e. V., 28. November 2008, Hamburg.

- **Direkte Kosten** sind der volkswirtschaftliche Ressourcenverbrauch zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung von krankheitsbedingten Einschränkungen des Gesundheitszustandes. Sie stellen den bewerteten Verbrauch an Gütern und Dienstleistungen im Gesundheitswesen dar, die für die Behandlung einer Erkrankung in Anspruch genommen werden. Hierzu zählen auch die Kosten, die durch eine Begleitkriminalität verursacht werden.
- **Indirekte Kosten** sind der volkswirtschaftliche Ressourcenverlust, der einer Ökonomie dadurch entsteht, dass krankheitsbedingt Güter und Dienstleistungen nicht erzeugt werden können. Indirekte Kosten stellen somit den bewerteten Verlust an Produktivität infolge von Krankheit, Invalidität und vorzeitigem Tod dar.
- **Intangible Kosten** sind die Einschränkungen der Lebensqualität, die bei einem an einer Krankheit leidenden Menschen und bei seinen Angehörigen auftreten. Intangible Effekte sind beispielsweise Schmerzen, psychische Belastungen, vermindertes Selbstwertgefühl, Verlust an Lebensfreude und Sozialprestige, also insgesamt einschneidende Einschränkungen in der Lebensqualität der Betroffenen sowie ihres Umfeldes. Diese Kosten werden in der Regel nicht monetär bewertet.

Es liegt für Österreich¹⁸ und für die Schweiz¹⁹ jeweils eine Studie vor, die die sozialen Kosten des Glücksspiels berechnet. Diese beiden Studien und die hier vorliegende Studie sind vergleichbar. Es wird in allen drei Studien zwischen direkten, indirekten und intangiblen Kosten unterschieden, obwohl es im Detail zu unterschiedlichen Vorgehensweisen bei den Berechnungen kommt. Die Zuordnung der Kosten basiert in allen drei vorliegenden Studien aus dem deutschsprachigen Raum auf den Richtlinien der WHO, obwohl im Detail unterschiedliche Rechnungsansätze gewählt werden.

Ein Standard für die Messung von sozialen Kosten ist zur Vergleichbarkeit der Ergebnisse wichtig. Nur wenn derselbe oder ein ähnlicher Ansatz gewählt wird, lassen sich die Ergebnisse empirischer Studien miteinander vergleichen. Nur dann sind die sozialen Kosten des Tabak-, Alkohol- oder auch Drogenkonsums miteinander vergleichbar und auch mit den Kosten des pathologischen Glücksspielkonsums.

Die Studien zu den sozialen Kosten, d. h. den ökonomischen Kosten²⁰ dienen mehreren Aufgaben. Zuerst geben die Ergebnisse der Berechnungen von sozialen Kosten der Politik eine Hil-

18 Köberl, J. und F. Pretenthaler: Kleines Glücksspiel – Großes Leid? Empirische Untersuchungen zu den sozialen Kosten des Glücksspiels in der Steiermark. Graz: Leykam Verlag, 2009.

19 Künzi, K., T. Fritschi, T. Oesch, M. Gehrig und N. Julien: Soziale Kosten des Glücksspiels in Casinos. Studie zur Erfassung der durch die Schweizer Casinos verursachten sozialen Kosten. Studie des Büros für Arbeits- und Sozialpolitische Studien AG (BASS) im Auftrag der Eidgenössischen Spielbankenkommission (ESBK), Bern, Juni 2009.

20 In den WHO-Richtlinien wird der Begriff „economic cost“ für die Kosten verwendet, die der Gesellschaft durch Alkohol-, Tabak- und Drogenmissbrauch entstehen. Man könnte in Deutschen auch begrifflich zwischen ökonomischen und sozialen Kosten unterscheiden. In der deutschen Sprache konkretisiert jedoch die ökonomische Definition von sozialen Kosten nur die alltagssprachliche Bedeutung von sozialen Kosten. Eine

feststellung, die richtigen Prioritäten zu setzen. Der Bereich, wo die sozialen Kosten am größten sind, verdient in der Regel auch die größte politische Aufmerksamkeit. Sowohl die Politik als auch die Öffentlichkeit hat dabei einen Anspruch auf einen nachvollziehbaren und vergleichbaren Standard in der Berechnung der jeweiligen Kosten. Ohne einen solchen Standard besteht die Gefahr, dass sich die Vertreter der jeweiligen Problemgruppen darin überbieten, Kostenkomponenten hinzuzufügen oder zu streichen.

Zweitens helfen Studien zu den sozialen Kosten, die gesellschaftlichen Auswirkungen einzelner Maßnahmen zu bewerten. Es ist wichtig zu wissen, welche Kosten einer Gesellschaft durch eine bestimmte Maßnahme im Rahmen der Verhältnisprävention entstehen. Eine differenzierte Schätzung der einzelnen Kostenkomponenten der sozialen Kosten ist hilfreich für die Beurteilung der Wirksamkeit einzelner Präventionsmaßnahmen bei den einzelnen Glücksspielformen.

Drittens ermöglichen Studien zu den sozialen Kosten die Identifikation von Informationslücken und von Forschungsbedarf und können einen Beitrag zur Verbesserung der statistischen Berichterstattung leisten.

Viertens will die hier vorliegende Studie dazu beitragen, die Methode der Berechnung der sozialen Kosten des Substanzmissbrauchs nach den WHO-Richtlinien auch auf den „Glücksspielmissbrauch“ zu übertragen. Dieses Buch basiert auf einem Gutachten für den Bundesverband privater Spielbanken in Deutschland. Der Verfasser möchte sich bei Rechtsanwalt Martin Reeckmann, dem Geschäftsführer des Bundesverbands privater Spielbanken in Deutschland, für sein Interesse an der Thematik bedanken.

2 Grundlegende methodische Fragen

Bevor im nächsten Kapitel ausführlich auf die einzelnen Kostenkomponenten eingegangen wird, sollen in diesem Kapitel einige grundlegende Fragen angesprochen werden.

2.1 Sind pathologische Spieler für ihr Handeln verantwortlich?

Eine Teilnahme an einem Glücksspiel nimmt pathologische Züge an, wenn der Spieler zwar aufhören möchte, ihm dies aber nicht gelingt (also ein Zwang zum Spielen besteht), und mit dem Spielen negative Konsequenzen verbunden sind. Pathologisches Glücksspiel ist definiert als eine Impulskontrollstörung mit negativen sozialen Konsequenzen.²¹ Wenn die spielende Person ihr Verhalten selbsttätig einschränkt, sobald es zu negativen Auswirkungen führt, handelt es sich definitionsgemäß nicht mehr um pathologisches Glücksspielverhalten.²² Auch müssen in der Regel negative individuelle und soziale Konsequenzen mit dem Spielverhalten verbunden sein, damit es sich um ein pathologisches Spielverhalten handelt.

Der Impuls zu spielen kann von einem pathologischen Spieler nur unzureichend kontrolliert werden. Jeder pathologische Spieler hat Zeiträume, in denen er das Spielen bereut. Aber in anderen Zeiträumen überwiegt der Zwang zu spielen.

Es stellt sich hier die Frage: In welchem Umfang ist ein pathologischer Spieler für sein Handeln selbst verantwortlich? Wann ist ein Individuum für sein Handeln verantwortlich, wann nicht? Es dürfte unstrittig sein, dass ein pathologischer Spieler zumindest während der Zeitperioden, in denen er nicht spielt, für sein Handeln verantwortlich ist. Strittig könnte sein, ob ein pathologischer Spieler während der Zeitperioden, in denen er spielt, für sein Handeln verantwortlich gemacht werden kann.

Für die Formen des Glücksspiels, bei denen die Möglichkeit zur Selbst- und Fremdsperre besteht, stellt sich diese Frage nicht. Denn hier, so wäre zu argumentieren, kann der Spieler in „lichten Augenblicken“ sich selbst sperren lassen. Selbst wenn der Spieler in den Zeiträumen, in denen er spielt, nicht für sein Handeln selbst verantwortlich gemacht werden würde, so hätte er doch als (zumindest zeitweise) selbstverantwortliches Individuum jederzeit die Möglichkeit, sich selbst für die Teilnahme an dem Glücksspiel sperren zu lassen. Mit der Selbstsperre bietet unsere Gesellschaft einem pathologischen Spieler eine verhältnispräventive Maßnahme, um sich als selbstbestimmtes Individuum zu verhalten.

In den Jahren 2008 und 2009 wurden im Durchschnitt pro Jahr 2.729 Selbstsperrungen und knapp 500 Fremdsperrungen ausgesprochen.²³ Diese Zahlen sind im Vergleich zu den Spielern, die

21 Vgl. Kapitel 5.1.

22 Vgl. Kapitel 5.1.

23 Vgl. Glücksspielaufsichtsbehörden der Länder: Bericht zur Evaluierung des Glücksspielstaatsvertrags. End-

sich in Behandlung begeben haben, vergleichsweise hoch, insbesondere wenn berücksichtigt wird, dass diese Zahlen vor allem auf das Sperrsystem in Spielbanken zurückzuführen sind. Geldspielautomaten sind nicht an das Sperrsystem angeschlossen. Im Jahr 2008 haben sich 7.300 Spieler in ambulante und 1.100 Spieler in stationäre Behandlung begeben,²⁴ wobei rund 80 % als Hauptproblem das Spielen an Geldspielautomaten hatten.²⁵

Wenn ein pathologischer Spieler in den Zeiträumen, in denen er spielt, als nicht verantwortlich betrachtet werden kann, so dürfte dies nur für die Glücksspielformen gelten, die nicht an das Sperrsystem angeschlossen sind. Es zeichnet pathologische Spieler, ja Menschen generell, aus, dass die Konsequenzen des Handelns zu unterschiedlichen Zeitpunkten unterschiedlich bewertet werden. Dies lässt sich, so zeigt die Verhaltensökonomie, mit der hyperbolischen Diskontierung erfassen.²⁶ Eine Form der Selbstbindung, wie die Spielersperre, unterstützt den freien Willen eines Spielers, ohne ihn zu beschneiden, insbesondere wenn es sich um eine Selbstsperre handelt. Wie die Zahlen deutlich machen, wird diese Maßnahme von den Spielern selbst sehr positiv aufgenommen.

Selbst wenn davon ausgegangen wird, dass ein pathologischer Spieler für sein Handeln während des Spielens nicht verantwortlich ist, er praktisch unter Zwang handelt, so sind die Ausgaben des Spielers immer noch keine sozialen Kosten. Es handelt sich hier um einen Transfer von dem Spieler an den Anbieter. Ein Transfer von Geld innerhalb einer Gesellschaft, selbst wenn er unter Zwang stattfindet, ist immer noch ein Transfer und nicht Teil der sozialen Kosten. Zwar erleiden der pathologische Spieler und seine Familie einen Vermögensverlust und müssen deshalb auf andere, möglicherweise lebensnotwendige Güter verzichten, jedoch wird dieser Güterverlust gesamtgesellschaftlich von einem Gütergewinn des Anbieters aufgewogen, der in seinem Sinn den erhaltenen pekuniären Transfer, den Geldtransfer, zum Erwerb von Gütern einsetzen kann. Das Geld wandert von einer Person zu einer anderen. Ein Transfer unter Zwang, wie die Herausgabe von Geld bei einer tätlichen Bedrohung bis hin zu Steuerzahlungen, ist aus wohlfahrtsökonomischer Sicht primär ein pekuniärer Transfer. Wohlfahrtsauswirkungen entstehen erst durch die Fehl-Allokation der Ressourcen, d. h. der Güter und Dienstleistungen.

In einer der ganz frühen und ersten Studien zur Berechnung der sozialen Kosten des Glücksspiels aus dem John Hopkins Center for Pathological Gambling, werden „abused dollars“ zur Messung der sozialen Kosten genommen.²⁷ Als „abused dollars“ wird der Einsatz eines pathologischen Spielers bezeichnet, der dem Spieler und dessen Familie für andere Verwendungen nicht mehr zur Verfügung steht. Andere Daten standen nicht zur Verfügung und es sollte mit

fassung 1. September 2010, S. 48.

24 Vgl. Kapitel 3.1.

25 Vgl. Kapitel 5.3.

26 Vgl. ausführlich Skog, O.J.: Addiction, Choice and Irrationality. In: Parisi, F. und V. L. Smith (Hrsg.): The Law and Economics of Irrational Behavior. Stanford, California: University Press, 2005, S. 111-136.

27 Politzer, R.M., J.S. Moro und S.B. Leavey (1985): Report on the cost-benefit/effectiveness of treatment at the Johns Hopkins Center for Pathological Gambling. In: Journal of Gambling Behavior 1, S. 131-142.

diesem frühen Beitrag vor allem auf das Problem aufmerksam gemacht werden. Das Ziel dieser Studie war es zu zeigen, dass eine Behandlung pathologischer Spieler an dem John Hopkins Center for Pathological Gambling kosteneffizient ist. Diese Studie wurde in dem Jahr durchgeführt, in dem auch das pathologische Glücksspiel offiziell als Krankheit durch die American Psychiatric Association (APA) anerkannt wurde. Die Anerkennung durch die Rentenversicherungsträger erfolgte in Deutschland erst zwei Jahrzehnte später.²⁸

Bei oberflächlicher Betrachtung mögen die Ausgaben der pathologischen Spieler eine Möglichkeit darstellen, um die negativen Effekte des Spielens zu messen. Es handelt sich jedoch bei den „abused dollars“ nicht um soziale Kosten. Aus der Sicht des einzelnen Spielers handelt es sich hier um private Kosten, die mit dem Spielen verbunden sind. Der einzige Vorteil dieser methodischen Vorgehensweise liegt darin, dass diese Kosten einfach zu messen sind. Hierauf weist bereits Walker hin. In späteren Veröffentlichungen wurde daher diese methodische Vorgehensweise auch nicht mehr gewählt.²⁹

2.2 Entstehen soziale Kosten bei Entscheidungen unter unvollständiger Information?

Eine paradigmatische Annahme der ökonomischen Theorie bis in die Mitte des 20. Jahrhunderts war die Annahme vollständiger Information der Wirtschaftssubjekte über die relevanten Marktdaten. Diese Annahme vereinfachte die Analyse erheblich und wurde daher in der Regel nicht weiter hinterfragt. In der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts jedoch, ausgehend von Untersuchungen zu den Kosten der Informationssuche, wurde diese Annahme zunehmend mehr in Frage gestellt. Mittlerweile ist es „Common Sense“ in der ökonomischen Theorie, dass generell unvollständige Information besteht und dass unvollständige Information auch wichtige Auswirkungen auf das Marktergebnis hat. Die Auswirkungen der unvollständigen Information auf das wirtschaftliche Handeln sind mittlerweile umfassend und erschöpfend untersucht.³⁰

In der Verbraucherpolitik wird die Handlungsfreiheit der Wirtschaftssubjekte, der Agenten, differenzierter betrachtet. Es können hier drei typische Verhaltensweisen von Verbrauchern unterschieden werden: der informierte Verbraucher, der vertrauende Verbraucher und der verletzte Verbraucher. Der informierte Verbraucher ist über den Kaufgegenstand ausreichend informiert, um eine begründete Entscheidung zu treffen. Der vertrauende Verbraucher handelt weitgehend uninformiert und vertraut dem Marktmechanismus und der Regelungskompetenz des Staates. Der verletzte Verbraucher ist der besonders zu schützende Verbraucher. Jeder

28 Seit 2001 ist es möglich, als ambulante Einrichtung unter bestimmten Voraussetzungen einen Behandlungsvertrag mit den Rentenversicherungsträgern abzuschließen und „Ambulante Rehabilitation Glücksspielsucht (ARGS)“ abzurechnen.

29 Walker, D.M. (2003): Methodological Issues in the Social Cost of Gambling Studies. In: Journal of Gambling Studies, Vol. 18 (2), Summer 2003, S. 165.

30 Vgl. Becker, T. und A. Staus: Mikroökonomische Organisationstheorie. Aachen: Shaker Verlag, 2011.

Verbraucher verhält sich unterschiedlich bei den einzelnen Produkten, mal als Experte, mal als vertrauender Verbraucher und mal als verletzlicher Verbraucher.³¹

Moderne Verbraucherpolitik geht nicht mehr von einem informierten Verbraucher aus. Die informationsökonomische Unterscheidung zwischen Such-, Erfahrungs- und Vertrauenseigenschaften eines Produktes ist eine der Grundlagen moderner Verbraucherpolitik. Je nach Informationsstand über die Ausprägung einer Eigenschaft werden unter Sucheigenschaften solche Eigenschaften verstanden, die Verbrauchern bereits beim Kauf bekannt sind, unter Erfahrungseigenschaften solche, die erst im Konsum bzw. in der Nutzung erfahren werden und unter Vertrauenseigenschaften solche Eigenschaften, die von einem Verbraucher nicht überprüft werden können.

Bei Vertrauenseigenschaften kann es zu einem Marktversagen kommen. Hier ist eine Korrektur durch staatliche Eingriffe gefordert, sei es durch eine direkte Kontrolle oder durch eine Kontrolle der Kontrolle.

In der neueren ökonomischen Theorie dient die Situation vollständiger Information nur noch als Vergleichsmaßstab, um die Effizienz unterschiedlicher Maßnahmen zum Umgang mit unvollständiger Information miteinander zu vergleichen. Wirtschaftssubjekte handeln generell unter unvollständiger Information. Ökonomen haben sich in den letzten Jahrzehnten sehr ausführlich mit der Analyse von Märkten, Verträgen und hierarchischen Organisationsstrukturen befasst. Diese Analyse war zum erheblichen Teil geleitet von der Grundannahme der unvollständigen Information. Dabei hat sich gezeigt, dass unvollständige Information in der Regel zu Wohlfahrtsverlusten im Vergleich zu einer Situation vollständiger Information führt.

Mit den Ergebnissen der experimentellen Verhaltensökonomie, einem Schwerpunkt der gegenwärtigen ökonomischen Forschung, ist deutlich geworden, dass Menschen fast immer nicht rational und unter unvollständiger Information handeln.

Auf dem Whistler-Symposium präsentierten Collins und Lapsley³² ihre Überlegungen. In Anlehnung an eine der ersten Studien zu den sozialen Kosten des Glücksspiels in Australien³³ sind diese beiden australischen Wissenschaftler der Meinung, dass folgende Bedingungen alle erfüllt sein müssen, damit Kosten als private und nicht als soziale Kosten klassifiziert werden können: Spieler müssen voll informiert und rational sein und die gesamten Kosten des Spielens selbst tragen.

31 Vgl. Ernährungs- und Verbraucherpolitischer Beirat beim BMELV: Der verantwortliche, der vertrauende oder der verletzliche Verbraucher? Plädoyer für eine differenzierte Strategie in der Verbraucherpolitik. Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats für Verbraucher- und Ernährungspolitik beim BMELV vom Dezember 2010.

32 Collins, D. und H. Lapsley: The Social Costs and Benefits of Gambling: An Introduction to the Economic Issues. In: Journal of Gambling Studies Vol. 19 (2).

33 Productivity Commission: Australia's Gambling Industries. Report No. 10 Canberra: Ausinfo.

Den beiden australischen Wissenschaftlern ist zu Gute zu halten, dass sie sich an den ökonomischen Annahmen orientieren. Doch diese stammen aus der Mitte des vorigen Jahrhunderts, als die Grundannahme bzw. das Bild des rationalen und vollständig informierten Agenten galt. Hier hat sich die ökonomische Theorie sehr viel weiter entwickelt. Konsumenten sind in der Regel weder voll informiert noch rational, ganz gleich, ob es sich um Glücksspiel oder andere Produkte handelt. Soziale Kosten entstehen nicht immer dann, wenn ein Wirtschaftssubjekt unter unvollständiger Information handelt.

2.3 Wie können gesellschaftliche Kosten gemessen werden?

Die gesellschaftlichen Kosten des Glücksspiels, d. h. die sozialen Kosten, entstehen durch eine Fehlallokation der Ressourcen in der Gesellschaft. Aus ökonomischer Sicht handelt es sich dann um eine Fehlallokation der Ressourcen, wenn Güter und Dienstleistungen nicht der wohlfahrtsökonomisch besten Verwendung zugeführt werden. Die Marktpreise werden dabei als Indikatoren für die gesellschaftlichen Knappheitsverhältnisse betrachtet.

Es ist deutlich zwischen den realen gesellschaftlichen und den pekuniären Kosten zu unterscheiden. Pekuniäre Kosten entstehen dem Spieler, wenn er sein Geld für das Spielen ausgibt. Geld wird für eine Form einer Dienstleistung ausgegeben. Ein Geldtransfer zwischen dem Spieler und dem Anbieter dieser Dienstleistung findet statt. Erst als Konsequenz dieses Geldtransfers findet eine bestimmte Allokation der volkswirtschaftlichen Ressourcen statt. Der pekuniäre Transfer führt zum Einsatz von Ressourcen für eine bestimmte Verwendung, wie z. B. dem Angebot von Glücksspiel.

Ökonomen gehen in der Regel davon aus, dass die Marktpreise die gesellschaftlichen Knappheitsverhältnisse widerspiegeln. Es gibt hier keinen objektiveren Maßstab. Daher wird der Ressourcenverbrauch bei der Berechnung der sozialen Kosten mit den Marktpreisen bewertet, soweit dies möglich ist. Wenn eine direkte Bewertung mit Marktpreisen nicht möglich ist, werden die Opportunitätskosten herangezogen. Die Opportunitätskosten sind die Kosten, die dadurch entstehen, dass Ressourcen einer anderen Verwendung entzogen werden.

Aus der ökonomischen Wohlfahrtstheorie ist bekannt, dass die Marktpreise für die monetäre Bewertung der eingesetzten Ressourcen nur dann einen optimalen Maßstab darstellen, wenn die Marktpreise den so genannten gesellschaftlichen Schattenpreisen entsprechen. Nur wenn die Marktpreise die gesellschaftlichen Knappheitsverhältnisse richtig wiedergeben, das heißt die Relationen der Marktpreise den gesellschaftlichen Knappheitsverhältnissen entsprechen, ist diese monetäre Bewertung ohne jeden Fehler. In der Realität sind Marktpreise aus einer Vielzahl von Gründen verzerrt. Da jedoch in der Regel ein besserer Maßstab nicht zu finden ist, bewerten Ökonomen der Einsatz von Ressourcen mit den hierfür geltenden Marktpreisen. Eine Abweichung hiervon bedarf der Rechtfertigung und darf nicht willkürlich ausfallen.

2.4 Soziale Kosten hängen von der Sozialordnung und der Wirtschaftslage einer Gesellschaft ab

Eine Komponente der sozialen Kosten sind die Gesundheitskosten. In einer Gesellschaft, in der ein Gesundheitssystem auf einem hohen Niveau besteht, sind auch die sozialen Kosten, die durch das pathologische Spielverhalten entstehen, auf einem hohen Niveau. Je höher die Kosten für die Behandlung von pathologischen Spielern ausfallen, desto höher sind auch die sozialen Kosten.

Eine weitere Komponente der sozialen Kosten sind die Kosten für die Suchtprävention. In einer Gesellschaft, in der erhebliche Mittel zur Suchtprävention verwendet werden, fallen auch die sozialen Kosten hoch aus. Dies gilt analog für die Präventionsforschung. Wenn eine Gesellschaft sehr viel in die Präventionsforschung investiert, sind auch die sozialen Kosten vergleichsweise hoch.

Dies mag auf den ersten Blick paradox erscheinen. Je mehr eine Gesellschaft unternimmt, um den Problemen, die ein pathologisches Glücksspiel mit sich bringt, zu begegnen, umso höher fallen auch die sozialen Kosten des pathologischen Glücksspiels aus?

Genauso wie die Marktpreise in einer Gesellschaft die jeweiligen wirtschaftlichen Knappheitsverhältnisse widerspiegeln, d. h. die Wirtschaftslage, spiegeln die sozialen Kosten die Prioritätensetzung in einer Sozialordnung wider.

Wenn eine Gesellschaft erhebliche Mittel investiert, um z. B. Lärmschutzwälle an Autobahnen zu bauen, so bedeutet dies, dass dem Lärmschutz an Autobahnen in einer Gesellschaft eine hohe Priorität zugemessen wird. Die hierfür verwendeten Ressourcen stehen einer alternativen Verwendung nicht mehr zur Verfügung. Die gesellschaftlichen Ressourcen fließen in den Lärmschutz an Autobahnen und nicht mehr zum Beispiel in den Bau von neuen Autobahnen oder dem Bau von Tunneln für Kröten unter Autobahnen hindurch.

Letztendlich ist es eine politische Entscheidung, für welche Maßnahmen eine Gesellschaft die Ressourcen verwendet, die zur Verfügung stehen. Mit Lärmschutzwällen werden die negativen externen Effekte des Autoverkehrs auf die Menschen vermindert, mit Krötentunneln die negativen externen Effekte für die Amphibien.

Die Ressourcen, die bei der Behandlung von Krankheiten eingesetzt werden, haben einen Preis, der nicht davon abhängt, für welche Krankheit diese eingesetzt werden, sondern nur von dem Umfang, in dem diese Ressourcen eingesetzt werden. Daher lassen sich die Kosten, die dem Gesundheitssystem durch verschiedenen Krankheiten entstehen, ohne Probleme miteinander vergleichen. Wenn für eine Krankheit hohe Kosten entstehen, so verursacht diese Krankheit auch hohe soziale Kosten. Bei einer optimalen Allokation der Ressourcen in der Prävention würde der Grenzertrag einer Präventionsmaßnahme gerade den hierdurch eingesparten Krankheitskosten entsprechen.

Bei den Kosten, die jeweils für die Krankheitsprävention ausgegeben werden, ist zu berücksichtigen, dass diese auch die gesellschaftlichen Prioritätensetzungen widerspiegeln. Nur wenn in einer Gesellschaft eine optimale Prioritätensetzung in dem Sinn erfolgt, dass der Grenznutzen der in der Prävention eingesetzten Ressourcen in allen Verwendungen gleich hoch ist, spiegeln unterschiedliche Kosten der Prävention unterschiedliche soziale Kosten angemessen wieder. Zu einer richtigen Prioritätensetzung in der Prävention kann eine Berechnung der sozialen Kosten beitragen und dies ist ja eines der erklärten Ziele eines Standards für die Berechnung der sozialen Kosten.

2.5 Wie erfolgt die Zuordnung der gesellschaftlichen Kosten?

Bei der Berechnung der ökonomischen bzw. sozialen Kosten der Substanzabhängigkeit ist die Zuordnung der Kosten oft nicht eindeutig. Insbesondere bei einem gleichzeitigen Konsum von mehreren schädlichen Substanzen, z. B. bei Tabak- und Alkoholmissbrauch, lassen sich negative Konsequenzen, wie Herz- und Kreislauferkrankungen, nicht immer einer Substanz eindeutig zuordnen.

Erste Untersuchungen deuten darauf hin, dass auch der Glücksspielkonsum mit gesundheitlichen Problemen verbunden sein kann. In einer epidemiologischen Studie in den Jahren 2001 und 2002 wurden 43.093 Erwachsene befragt. Problematische und pathologische Spieler hatten mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit folgende Begleiterkrankungen: Herzrhythmusstörungen mit zu schnellem Herzschlag (Tachykardie) mit einem schwach signifikanten Odds-Ratio von 1,77, Angina mit einem signifikanten Odds-Ratio von 2,35 sowie Zirrhose (Odds-Ratio 3,90) und andere Lebererkrankungen (Odds-Ratio 2,98) mit einem deutlich höheren Odds-Ratio. Ein Odds-Ratio von beispielsweise 3,90 bei Zirrhose bedeutet, dass die Wahrscheinlichkeit für diese Diagnose bei einem pathologischen Spieler fast vierfach so hoch ist wie in der Bevölkerung.³⁴ Zirrhose und Lebererkrankungen sind aber eher das Ergebnis des Alkoholkonsums als des pathologischen Spielens.

Eine Zuordnung von Behandlungskosten zum Glücksspiel ist erschwert durch eine ganze Anzahl von Komorbiditäten. Pathologische Glücksspieler haben oft auch andere Abhängigkeiten und psychische Störungen. In der Regel gibt es bei den pathologischen Spielern eine polyvalente Abhängigkeit, wobei die Abhängigkeit von Alkohol und Nikotin die wichtigste Rolle spielt.³⁵

34 Vgl. hierzu Morasco, B.J., R.H. Pietrzak, C. Blanco, B.F. Grant, D. Hasin, N.M. Petry: Health Problems and Medical Utilization Associated with Gambling Disorders: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. In: Psychosomatic Medicine 2006, 68: 976-984.

35 Vgl. zu den Komorbiditäten auch den Überblick in Becker, T.: Glücksspielsucht in Deutschland: Prävalenz bei verschiedenen Glücksspielformen. Frankfurt: Peter Lang, 2009, S. 18 ff.

Meyer hat 1987 die Mitglieder von 54 Spielerselbsthilfegruppen in 45 Städten zu ihren Problemen mit Alkohol, Drogen und Medikamenten befragt. Immerhin 22,4 % der Probanden hatten oder haben auch Probleme mit diesen Stoffen. Mehr als 10 % der Probanden hatten oder haben Probleme mit Alkohol.³⁶

Anhand einer Untersuchung der im Zeitraum 1986 bis 1993 in der psychosomatischen Fachklinik Münchwies aufgenommenen 206 pathologischen Glücksspieler kommt Petry zu dem Ergebnis, dass sogar die Hälfte der pathologischen Glücksspieler noch eine weitere stoffgebundene Sucht aufweist, insbesondere eine Alkoholabhängigkeit, seltener eine Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit und in Einzelfällen eine Essstörung.³⁷

Premper et al. kommen auf Grund der Daten von 80 pathologischen Spielern, die zwischen dem 04.02.2002 und dem 04.02.2003 in der Klinik Schweriner See aufgenommen wurden, zu einer Prävalenzrate substanzbezogener Störungen von 57,5 %.³⁸

Auf Grund der Untersuchung von 101 Patienten, die in der Klinik Schweriner See zwischen dem 01.01.2004 und dem 28.02.2005 stationär aufgenommen wurden, kommt Premper zu einer Lebenszeitprävalenzrate substanzbezogener Störungen von 60,4 % und einer Jahresprävalenzrate von 25,7 %.³⁹

In einer Untersuchung von Rahman mit einer Stichprobe von 28 pathologischen Spielern, die in Bremen auf verschiedene Arten zur Teilnahme gewonnen wurden, wiesen 32,1 % gleichzeitig Alkoholmissbrauch und 14,3 % der Untersuchungspersonen Drogenmissbrauch auf.⁴⁰

Die Anonymen Spieler in Österreich kommen auf Grund der 534 Klienten im Jahr 2003 zu dem Ergebnis, dass in 40 % der Fälle als Paralleldiagnose zu dem pathologischen Glücksspiel die Störungen durch Substanzmittel dominieren.⁴¹

36 Vgl. Meyer, G.: Glücksspieler in Selbsthilfegruppen Projektbericht über erste Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. Hamburg: Neuland, 1989.

37 Petry, J.: Die Therapie von pathologischen Glücksspielern im stationären Setting. In: Jahreiss, R. (Hrsg.): Die ambulante und stationäre Behandlung von pathologischen Glücksspielern: Referate auf dem 4. Regionalen Treffen „Süddeutschland“ des Bundesweiten Arbeitskreis Glücksspielsucht am 26. Mai 1994 in der Fachklinik Münchwies. Neunkirchen (Saar): Münchwieser Hefte, S. 21-28.

38 Premper, V., H. von Keyserlingk und W. Sander: Komorbide psychische Symptomatik bei pathologischen Glücksspielern in der Klinik Schweriner See. In: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 2004, 66, S. 79-87.

39 Vgl. Premper, V.: Komorbide psychische Störungen bei pathologischen Glücksspielern. Lengerich: Pabst, 2006, S. 237.

40 Rahman, S.: Aspekte der Glücksspielsucht: Selbstkonzept, Affektregulation und Achse-I-Komorbidity. Eine empirische Untersuchung. Dissertation an der Universität Bremen, 2000.

41 Vgl. Anonyme Spieler: Jahresbericht 2003: Forschungsdaten Beratungsstelle-Therapiezentrum „AS“, Wien: Beratungsstelle-Therapiezentrum „AS“, 2003.

Für die Schweiz liegen ebenfalls Daten für das Jahr 2003 und 751 Klienten aus Beratungs- und Behandlungseinrichtungen vor. Hier liegt bei 40 % der Klienten ein problematischer Konsum von Alkohol und bei 60 % der Klienten ein problematischer Konsum von Tabak vor.⁴²

Die Lebenszeitprävalenzraten für substanzbezogene Störungen (ohne Nikotin) dürften nach den vorliegenden Untersuchungen bei pathologischen Spielern im Bereich von 25 % bis 50 % liegen. Etwa 60 % bis 70 % aller pathologischen Spieler dürften einen problematischen Tabakkonsum aufweisen.

Häufig tritt das pathologische Glücksspielverhalten auch in Kombination mit anderen psychischen Erkrankungen auf. Affektive Störungen (Depressionen, Manien) und pathologisches Glücksspielverhalten sind komorbid. Hierfür spricht auch die sehr hohe Selbstmordrate unter den pathologischen Glücksspielern. Die Prävalenzrate von depressiven Störungen bei pathologischen Glücksspielern liegt in den vorliegenden englischsprachigen Studien mit wenigen Ausnahmen in der Größenordnung von 75 %.⁴³ Es ist allerdings hier noch nicht hinreichend geklärt, ob das pathologische Glücksspielverhalten zu affektiven Störungen führt oder ob Personen mit affektiven Störungen dazu neigen, das pathologische Glücksspiel zum Beispiel zur Selbstmedikation dieser Störungen zu benutzen. Es wurden auch Hinweise auf eine erhöhte Prävalenz manischer und hypomanischer Episoden gefunden.

In der gerade erwähnten Studie der Anonymen Spieler in Österreich liegt die Prävalenzrate für affektive Störungen bei 16 %.⁴⁴ Premper et al. fanden eine Prävalenzrate depressiver Störungen von 21,6 %.⁴⁵ Premper hingegen kommt zu einer Lebenszeitprävalenzrate der affektiven Störungen bei pathologischen Spielern von 61,4 % und einer Jahresprävalenzrate von 51,5 %.⁴⁶

Die eben zitierten Untersuchungen haben sich auch mit der Komorbidität von Angst- und Zwangsstörungen und pathologischem Glücksspielverhalten beschäftigt. Die Anonymen Spieler fanden nur in 6 % der Fälle eine neurotische Störung.⁴⁷ Rahman fand bei 32,1 % eine gene-

42 Vgl. Künzi, K., T. Fritschi und T. Egger: Glücksspiel und Spielsucht in der Schweiz: Empirische Untersuchung von Spielpraxis, Entwicklung, Sucht und Konsequenzen. Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS), Bern, 15. November 2004, S. 187.

<http://www.buerobass.ch/pdf/2004/ESBK%202004%20Spielsucht%20Bericht.pdf>

43 Vgl. hierzu im Detail in Becker, T.: Glücksspielsucht in Deutschland – Prävalenz bei verschiedenen Glücksspielformen. Frankfurt: Peter Lang, 2009.

44 Vgl. Anonyme Spieler: Jahresbericht 2003: Forschungsdaten Beratungsstelle-Therapiezentrum „AS“, Wien, Beratungsstelle-Therapiezentrum „AS“, 2003.

45 Premper, V., H. von Keyserlingk und W. Sander: Komorbide psychische Symptomatik bei pathologischen Glücksspielern in der Klinik Schweriner See. In: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 2004, 66, S. 79-87.

46 Premper, V.: Komorbide psychische Störungen bei pathologischen Glücksspielern. Lengerich: Pabst, 2006.

47 Vgl. Anonyme Spieler: Jahresbericht 2003: Forschungsdaten Beratungsstelle-Therapiezentrum „AS“, Wien, Beratungsstelle-Therapiezentrum „AS“, 2003.

ralisierte Angststörung.⁴⁸ Nach Premper schwanken die Komorbiditätsraten der vorliegenden Untersuchungen zwischen 7,2 % und 30 % und er kommt in der eigenen Untersuchung zu einer Lebenszeitprävalenz bei komorbiden Angststörungen von 57,4 % und einer Jahresprävalenz von 47,5 %.⁴⁹

Der kausale Zusammenhang zwischen pathologischem Glücksspiel und komorbiden Erkrankungen ist erst in Ansätzen geklärt. Die widersprüchlichen Ergebnisse zeigen, dass hier noch erheblicher Forschungsbedarf besteht.⁵⁰

Für die Berechnung der sozialen Kosten stellt sich die Frage nach der Zuordnung der Kosten. Bei einer ambulanten oder stationären Therapie wird bei Komorbiditäten eine Hauptdiagnose gestellt. Als pathologische Spieler werden hier nur diejenigen Klienten eingeordnet, bei denen die Einzel- oder Hauptdiagnose „Pathologisches Glücksspiel“ gestellt wird. Die Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge mit anderen psychischen Erkrankungen sind wenig erforscht. Es ist im Einzelfall schwierig zu klären, ob pathologisches Glücksspiel als Symptom oder als ursächliche Krankheit zu betrachten ist.

In der hier vorliegenden Studie werden die sozialen Kosten dem Glücksspiel zugerechnet, wenn eine Einzel- oder Hauptdiagnose „Pathologisches Glücksspiel“ gestellt wurde. Wenn die Hauptdiagnose anders lautet, z. B. Alkoholabhängigkeit, wären die Kosten, die der Gesellschaft hierdurch entstehen, dem Alkohol zuzurechnen.

48 Rahman, S.: Aspekte der Glücksspielsucht: Selbstkonzept, Affektregulation und Achse-I-Komorbidität. Eine empirische Untersuchung. Dissertation an der Universität Bremen, 2000.

49 Premper, V.: Komorbide psychische Störungen bei pathologischen Glücksspielern. Lengerich: Pabst, 2006.

50 Vgl. hierzu im Detail in Becker, T.: Glücksspielsucht in Deutschland – Prävalenz bei verschiedenen Glücksspielformen. Frankfurt: Peter Lang, 2009.

3 Zur Methodik und Berechnung der Kostenkomponenten

In diesem Abschnitt wird die Berechnung der einzelnen Kostenkomponenten im Detail dargestellt. In der Regel kann hier zur Berechnung auf Daten aus deutschen Untersuchungen zurückgegriffen werden. Diese werden dann verglichen mit den Ergebnissen von zwei bereits im deutschsprachigen Raum vorliegenden Berechnungen der sozialen Kosten: zum einen für die Steiermark von Köberl und Pretenthaler⁵¹ und zum anderen für die Spielcasinos in der Schweiz von Künzi et al.⁵² Diese beiden Studien folgen auch den WHO-Richtlinien.

3.1 Kosten für das Gesundheitssystem

An den sozialen Kosten des Tabak- oder Alkoholmissbrauchs haben die Krankheitskosten einen hohen Anteil, da der Tabak- bzw. Alkoholgenuss zu organischen Schäden führt.⁵³ Jede zehnte Krankenhausbehandlung bei Erwachsenen ist in Deutschland auf die schädliche Wirkung von Alkohol oder Tabak zurückzuführen. Auf diese beiden Suchtmittel entfällt auch jeder zehnte für die Krankenhausbehandlung ausgegebene Euro.⁵⁴ Der Glücksspielkonsum hingegen führt in der Regel nicht oder nur in geringem Umfang zu organischen Schäden. Hier entstehen Kosten für das Gesundheitssystem fast ausschließlich durch die Therapie und Behandlung pathologischer Glücksspieler. Jedoch kann der Beratungs- und Behandlungsaufwand für eine Person mit Glücksspielproblemen in etwa mit dem Aufwand bei anderen Suchtproblemen (wie illegale Drogen und Alkohol) verglichen werden.⁵⁵

Nach der Deutschen Suchthilfestatistik 2008 für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, Fach- und Institutsambulanzen ist in 558 Einrichtungen bei 4.329 Klienten die Einzeldiagnose „Pathologisches Spielverhalten“ gestellt worden. Die Anzahl der Hauptdiagnosen betrug 3.822. Hochgerechnet auf die Gesamtzahl der betreuten Spieler in den bundesweit 934 Suchtberatungsstellen haben sich 2008 rund **7.300 Glücksspieler in ambulante Beratung begeben**.⁵⁶

51 Köberl, J. und F. Pretenthaler: Kleines Glücksspiel – Großes Leid? Empirische Untersuchungen zu den sozialen Kosten des Glücksspiels in der Steiermark. Graz: Leykam Verlag, 2009.

52 Vgl. Künzi, K., T. Fritschi, T. Oesch, M. Gehrig und N. Julien: Soziale Kosten des Glücksspiels in Casinos. Studie zur Erfassung der durch die Schweizer Casinos verursachten sozialen Kosten. Studie des Büros für Arbeits- und Sozialpolitische Studien AG (BASS) im Auftrag der Eidgenössischen Spielbankenkommission (ESBK), Bern, Juni 2009.

53 Vgl. hierzu ausführlich Kapitel 4.2 und 4.3.

54 Vgl. <http://www.medizinnews.de/archiv/3-0907-1.htm>

55 Vgl. Künzi, K., T. Fritschi, T. Oesch, M. Gehring und N. Julien: Soziale Kosten des Glücksspiels in Casinos. Studie zur Erfassung der durch die Schweizer Casinos verursachten sozialen Kosten. Herausgegeben von dem Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien BASS AG, Bern, 2009, Zusammenfassung. S. 55.

56 Vgl. Meyer, G.: Glücksspiel – Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) e.V. (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2010, Geesthacht: Neuland Verlag, 2010, S. 27 ff.

Die Deutsche Suchthilfestatistik 2008 für stationäre Einrichtungen weist 833 Einzeldiagnosen und 333 Hauptdiagnosen in 127 Einrichtungen aus. Eine Auswahl stationärer Einrichtungen, die sowohl Suchtfachkliniken als auch psychosomatische Fachkliniken und Kliniken mit entsprechenden Abteilungen einbezieht, belegt eine deutlich höhere Anzahl behandelter Spieler. Insgesamt wurden 2008 **in den stationären Einrichtungen 1.131 pathologische Spieler therapiert.**⁵⁷

Die Dauer einer stationären Behandlung für pathologische Spieler liegt in der Regel im Bereich von acht bis 12 Wochen. Die Tagessätze der Kliniken liegen zwischen 180 und 250 Euro.⁵⁸ Hieraus ergeben sich Krankheitskosten von 10.080 Euro bis 21.000 Euro, bzw. ein Mittelwert von etwa 15.000 Euro pro stationär behandeltem Patienten. Bei 1.131 pathologischen Spielern in stationären Einrichtungen ergeben sich **Krankheitskosten von 16,97 Millionen Euro für die stationäre Behandlung.** Diese Kosten sind hoch gegriffen. Die Glücksspielaufsichtsbehörden der Länder gehen von einer in der Regel zehnwöchigen stationären Rehabilitation bei einem Tagessatz von 100 Euro, also 7.000 Euro pro Patient aus.⁵⁹

Die ambulanten Behandlungskosten sind von der Anzahl der bewilligten und dann tatsächlich durchgeführten Behandlungseinheiten abhängig. Wenn von 68 Behandlungseinheiten pro Spieler ausgegangen und unterstellt wird, dass diese Behandlungseinheiten alle in einem Jahr stattfinden, liegen die Kosten bei etwa 3.300 Euro für eine ambulante Behandlung.⁶⁰ Bei 7.300 pathologischen Spielern in ambulanten Einrichtungen ergeben sich **Krankheitskosten von 24,09 Millionen Euro für die ambulante Behandlung.** Die Glücksspielaufsichtsbehörden der Länder gehen hier von 4.000 bis 5.000 Euro Kosten je Patient aus.⁶¹

Insgesamt ergeben sich also Krankheitskosten bei pathologischem Glücksspiel in der Höhe von 41,06 Millionen Euro.

In der Studie zu den sozialen Kosten des Glücksspiels in der Steiermark berechnen Köberl und Pretenthaler sehr detailliert die Beratungs- und Behandlungskosten. Die Autoren kommen auf 4.326 Euro pro stationärem Patienten in 2006, auf 3.655 Euro pro stationärem Patienten in 2007 (vgl. dort Tabelle 11) und auf 249,78 Euro pro ambulantem Patienten für das Jahr 2006 (vgl. dort Tabelle 8 und Text S. 100). Im Vergleich zu den hier berechneten Kostenansätzen von 15.000 Euro pro stationärem und von 3.300 Euro pro ambulantem Klienten sind diese Kosten gering.

57 Vgl. Meyer, G.: Glücksspiel – Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) e.V. (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2010, Geesthacht: Neuland Verlag, 2010, S. 127 ff.

58 Nach Angaben von Günther Zeltner, Evangelische Gesellschaft Stuttgart e. V., November 2010.

59 Vgl. Glücksspielaufsichtsbehörden der Länder: Bericht zur Evaluierung des Glücksspielstaatsvertrags. Endfassung 1. September 2010, S. 79.

60 Nach Angaben von Günther Zeltner, Evangelische Gesellschaft Stuttgart e. V., November 2010.

61 Vgl. Glücksspielaufsichtsbehörden der Länder: Bericht zur Evaluierung des Glücksspielstaatsvertrags. Endfassung 1. September 2010, S. 79.

In der Studie der sozialen Kosten von Künzi et al. werden die Kosten für das Gesundheitssystem noch detaillierter erfasst. Es wird die geschätzte Anzahl der Fälle mit den mittleren Fallkosten multipliziert, um zu den Gesamtkosten für Beratung und Behandlung zu gelangen. Dabei werden neben Kosten für die ambulante und stationäre Behandlung auch die Kosten, die dem Hausarzt, den niedergelassenen Fachärzten, dem Sozialdienst, der Selbsthilfegruppe und der Schuldnerberatung entstehen, berücksichtigt. Diese Kosten werden auf alle betrachteten problematischen und pathologischen Spieler, von denen ja nur ein geringer Teil Beratungs- und Behandlungsleistungen in Anspruch nimmt, umgelegt. Es ergeben sich Kosten für die Beratung- und Behandlung von 94 Euro pro problematischem Spieler und Jahr.⁶² Bei 238.500 problematischen bzw. pathologischen Spielern in der deutschen Bevölkerung würden sich entsprechende Kosten von 22,4 Millionen Euro ergeben.

Köberl und Pretenthaler kommen für die Steiermark mit etwa einer Million Bürger auf Kosten durch Beratung und Behandlung in der Höhe von 140.900 Euro. Bei 53 Millionen erwachsenen Bundesbürgern wären dies 7,5 Millionen Euro.

Der hier vorliegende Schätzansatz für Deutschland kommt zu höheren Werten für die Krankheitskosten als die anderen beiden vorliegenden Schätzungen aus Österreich und der Schweiz.

Von den Krankheitskosten für pathologisches Glücksspielverhalten von 41,06 Millionen Euro wären noch die Krankenkassenbeiträge der pathologischen Spieler abzuziehen, um zu den sozialen Kosten zu gelangen. Auf der anderen Seite wären noch die Kosten für den Hausarzt und die niedergelassenen Fachärzte zu diesen Kosten hinzuzurechnen. Diese beiden Kostenkomponenten dürften sich in etwa ausgleichen.

3.2 Kosten der Schuldnerberatung

In der Regel geht ein pathologisches Spielverhalten mit einer Verschuldung des Spielers einher. Wenn sich ein Spieler Geld leiht, so sind dies primär keine sozialen Kosten, sondern nur ein pekuniärer Transfer, wie auch jedes andere Darlehen oder jeder andere Kredit. Erst wenn der pathologische Spieler sich an eine Schuldnerberatungsstelle wendet, entstehen der Gesellschaft Kosten durch das pathologische Spielverhalten, da die Dienstleistungen der Schuldnerberatungsstelle in der Regeln nicht von dem pathologischen Spieler entgolten werden, sondern von der Gesellschaft.

Meyer⁶³ hat 1987 die Mitglieder von 54 Selbsthilfegruppen in 45 Städten unter anderem auch nach der Häufigkeit befragt, mit der das letzte Geld verspielt wurde. Etwa 90 % der Probanden

62 Dies ergibt sich aus 2.972.265 CHF geteilt durch 19.639 Spieler umgerechnet zu einem Wechselkurs 1 CHF = 0,6229 Euro.

63 Meyer, G.: Glücksspieler in Selbsthilfegruppen – Projektbericht über erste Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. Hamburg: Neuland, 1989.

haben oft, sehr oft oder immer das letzte Geld verspielt und bei nur 0,2 % der Probanden ist dies nie vorgekommen. Die Probanden haben vor allem die finanzielle Situation als belastend empfunden, gefolgt von den Belastungen für die Partnerschaft und die seelische Gesundheit. In der Untersuchung von Meyer hatten nur 13,3 % der Probanden keine Spielschulden.

Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen Schwarz und Lindner⁶⁴, die Glücksspieler in stationärer Behandlung befragt haben und Denzer et al.⁶⁵, die Glücksspieler erfasst haben, die im Jahr 1993 Kontakt zu einer (von 13) Beratungs- und Behandlungszentren aufgenommen haben.

Diese drei Untersuchungen kommen zu dem Ergebnis, dass die Klienten im Durchschnitt Schulden in der Höhe von etwa 5.000 bis 25.000 Euro (umgerechnet von DM) haben. Keine Schulden haben nur etwa 10 % der Klienten und etwa 20 % der Klienten haben Schulden von mehr als 25.000 Euro.

In einer Untersuchung der im Zeitraum 1986 bis 1993 in der psychosomatischen Fachklinik Münchwies aufgenommenen 206 pathologischen Glücksspieler⁶⁶ weist ein Viertel der Stichprobe eine Verschuldung zwischen 15.000 und 25.000 Euro auf, wobei zwei Drittel der Probanden mehr als 5.000 Euro Schulden haben, die als unmittelbare Folge der Spielproblematik anzusehen sind.

Nach einer neueren Befragung von 68 Klienten, die erstmalig eine ambulante Einrichtung der Suchtkrankenhilfe in Stuttgart aufgesucht haben⁶⁷, weisen 22 % keine Schulden auf. Etwa 25 % der Klienten haben Schulden über 20.000 Euro.

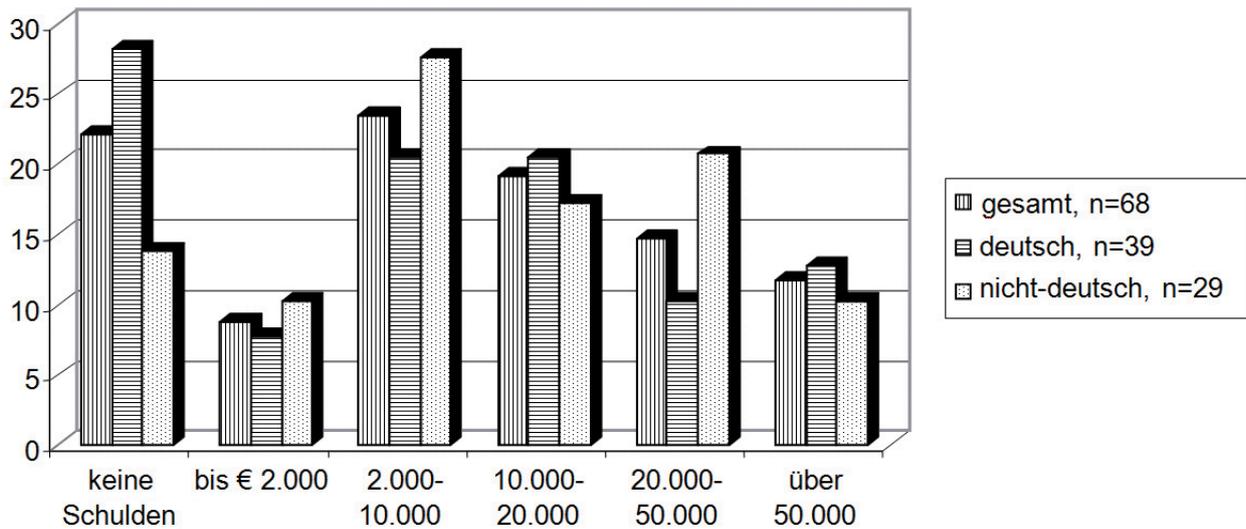
64 Schwarz, J. und A. Lindner: Die stationäre Behandlung pathologischer Glücksspieler. In: Suchtgefahren Vol. 36, S. 402-415, 1990.

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

66 Petry, J.: Die Therapie von pathologischen Glücksspielern im stationären Setting. In: Jahreiss, R. (Hrsg.): Die ambulante und stationäre Behandlung von pathologischen Glücksspielern: Referate auf dem 4. regionalen Treffen „Süddeutschland“ des Bundesweiten Arbeitskreis Glücksspielsucht am 26. Mai 1994 in der Fachklinik Münchwies. Neunkirchen (Saar): Münchwieser Hefte, 1994, S. 21-28.

67 Laging, M.: Inanspruchnahme formeller Hilfen von Menschen mit PG – Vortragsfolien, 2008, erstellt im Auftrag der Evangelischen Gesellschaft Stuttgart e. V.

Abb. 1: Verschuldung pathologischer Spieler (n=68) in Stuttgart, Angaben in Prozent

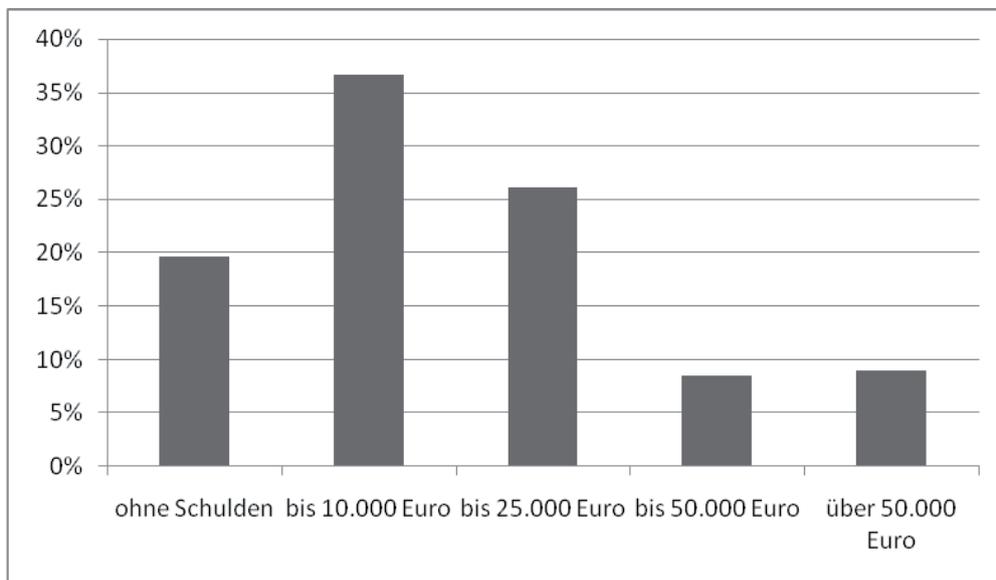


Quelle: Laging, M.: *Inanspruchnahme formeller Hilfen von Menschen mit PG – Vortragsfolien*, 2008, erstellt im Auftrag der Evangelischen Gesellschaft Stuttgart.

Aktuelle Daten liegen aus dem Bundesmodellprojekt „Frühe Intervention beim pathologischen Glücksspielen“ vor.⁶⁸ Es wurden 188 Klienten befragt. Diese Daten stimmen weitgehend mit den Daten aus der Befragung von den 68 Klienten einer ambulanten Suchtkrankenhilfe in Stuttgart überein. Ungefähr 20 % der Klienten haben keine Schulden und 35 % der Klienten haben Schulden bis zu 10.000 Euro. Ungefähr 10 % der pathologischen Spieler haben Schulden über 50.000 Euro. In dem Bundesmodellprojekt lagen die Schulden unter diesen hoch verschuldeten Spielern im Durchschnitt bei 140.000 Euro.

68 Der Abschlussbericht ist noch nicht freigegeben. Die folgenden ersten Daten stammen aus einer Präsentation von Armin Koeppel (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.) Hamm: Glücksspieler in der Schuldenfalle. Vortrag auf der Jahrestagung der Bundesarbeitsgemeinschaft Schuldnerberatung e. V. (BAG-SB) am 6. Mai 2009 in Bonn.

Abb. 2: Verschuldung pathologischer Spieler (n=188) in dem Bundesmodellprojekt



Quelle: Koeppe, A. (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.) Hamm: Glücksspieler in der Schuldenfalle. Vortrag auf der Jahrestagung der Bundesarbeitsgemeinschaft Schuldnerberatung e.V. (BAG-SB) am 6. Mai 2009 in Bonn.

Der Hauptgrund für die Kontaktaufnahme der hierzu befragten Klienten in dem Bundesmodellprojekt waren finanzielle Probleme / Schulden mit 75 %, gefolgt von Schuldgefühlen / Depressionen mit 72 %. Schulden und Schuldgefühle dürften zusammenhängen. Die sozialen Auswirkungen treten in etwa 57 % als einer der Hauptgründe auf und die Trennung vom Partner mit etwa 25 %. Weniger von Bedeutung ist der Verlust der Arbeitsstelle mit 11 %. Der Anteil der Klienten, der wegen Suizidversuchen die Beratungsstelle aufsucht, beträgt 10 %.

Aus dem Bundesmodellprojekt liegen auch Angaben darüber vor, wie die Klienten auf das Beratungsangebot aufmerksam wurden. In unserem Zusammenhang ist von Bedeutung, dass 16,6 % über die Schuldnerberatung oder andere (z. B. Internet mit 20,4 %, Freunde / Bekannte mit 18,5 % oder eine Information über die Beratungsstelle mit 17,4 %) auf das Beratungsangebot aufmerksam wurden. Somit hat etwa jeder sechste Klient eine Schuldnerberatungsstelle aufgesucht. Jeder sechste Klient hat auch Schulden im Bereich von 50.000 Euro oder mehr. In den folgenden Berechnungen wird daher davon ausgegangen, dass jeder sechste der etwa 8.500 pathologischen Spieler, die sich 2008 in Deutschland in Behandlung begeben haben, eine Schuldnerberatung aufgesucht hat; dies wären 1.417 Klienten.

Tab. 1: Hauptgründe der Klienten für die Kontaktaufnahme zu den ambulanten Beratungsstellen (n=245) in dem Bundesmodellprojekt

| | |
|---------------------------------|--------|
| Finanzielle Probleme / Schulden | 74,7 % |
| Schuldgefühle / Depressionen | 72,1 % |
| Sozialer Rückzug / Einsamkeit | 56,7 % |
| Trennung vom (Ehe-)Partner | 25,7 % |
| Verlust der Arbeitsstelle | 10,8 % |
| Suizidversuche | 10,3 % |

Quelle: Koeppe, A. (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.) Hamm: Glücksspieler in der Schuldenfalle. Vortrag auf der Jahrestagung der Bundesarbeitsgemeinschaft Schuldnerberatung e. V. (BAG-SB) am 6. Mai 2009 in Bonn.

Neben den Kosten für die ambulante und die stationäre Behandlung werden in der Studie von Köberl und Pretenthaler auch die Kosten für die Schuldnerberatung berücksichtigt. Diese werden dort den Behandlungs- und Beratungskosten zugeordnet. Dabei wird unterstellt, dass Spieler, die mehr als 35.000 Euro Schulden haben, eine Schuldnerberatung in Anspruch nehmen. Bei einem Kostenansatz von 16.000 Euro und unter der Annahme, dass in der Steiermark im Jahr 2006 die Schuldnerberatung von 58 Spielern in Anspruch genommen wurde, ergeben sich Kosten von 275,86 Euro pro Spieler, der die Schuldnerberatung in Anspruch nimmt.

Es liegt für das Jahr 2006 eine Statistik der Schuldnerberatung vor, in der die Gründe für die Überschuldung klassifiziert werden. An dieser Erhebung haben sich freiwillig 124 der 933 Beratungsstellen in Deutschland beteiligt, die von den Verbraucher- und Wohlfahrtsverbänden sowie Kommunen organisiert sind. Nach dieser Überschuldungsstatistik suchen 29,6 % der Personen, die beraten wurden, eine Schuldnerberatungsstelle wegen „Arbeitslosigkeit“ auf. Es folgen „Trennung, Scheidung, Tod“ mit 13,1 %, „gescheiterte Selbständigkeit“ mit 10,3 % und „unwirtschaftliche Haushaltsführung“ mit 8,5 %. Erst dann kommt mit 8,5 % als Grund für die Inanspruchnahme der Schuldnerberatung „Erkrankung, Sucht“.⁶⁹ Die pathologischen Spieler machen nur einen sehr unbedeutenden Teil der Klienten der Schuldnerberatung aus.

Professionelle Schuldnerberatung in öffentlicher oder freier Trägerschaft hält in der Regel ein Angebot vor, durch welches Ratsuchenden keine Kosten entstehen.⁷⁰ Diese Kosten sind somit als soziale Kosten einzuordnen. Wenn die Kosten in Anlehnung an Köberl und Pretenthaler

69 Angele, J.: Überschuldung privater Haushalte im Jahr 2006. In: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Wirtschaft und Statistik 10/2007, S. 948-959.

70 Vgl. Eich, Ch.: Schuldnerberatung für GlücksspielerInnen – Soziale Arbeit im Spannungsfeld von Sucht, Schulden und Neuanfang. Eine reflexive Bestandaufnahme. Diplomarbeit Evangelische Fachhochschule Darmstadt, Fachbereich Soziale Arbeit, WS 2009/2010, S. 26.

auf 275 Euro pro Klient geschätzt werden, ergeben sich insgesamt **Kosten für die Schuldnerberatung in der Höhe von 390.000 Euro.**

3.3 Verwaltungs- und Kriminalitätskosten

Im Zusammenhang mit einem problematischen oder pathologischen Glücksspielverhalten können kriminelle Handlungen stehen. In der Regel dienen die kriminellen Handlungen der Geldbeschaffung. Verwaltungskosten im Zusammenhang mit Glücksspielproblemen fallen nicht nur für Gerichte und den Strafvollzug, sondern auch für Arbeits- und Sozialämter an, wenn die Arbeitslosigkeit bzw. der Bezug von Sozialleistungen als Folge des problematischen oder pathologischen Glücksspielverhaltens anzusehen ist.

Die Beschaffungskriminalität hat eine große Bedeutung bei pathologischen Spielern. 54,5 % der von Meyer befragten Probanden haben sich nach eigenen Angaben Geld zum Spielen auf illegale Weise beschafft.⁷¹ Immerhin 10,3 % der Probanden sind bereits wegen einer Straftat verurteilt worden, die der Beschaffung finanzieller Mittel für das Glücksspiel diene. Bei den angegebenen Straftaten handelte es sich überwiegend um gewaltfreie Eigentumsdelikte wie Diebstahl (42,2 %, Mehrfachnennungen), Unterschlagungen (31,1 %), Betrug / Untreue (26,7 %), Urkundenfälschung, Steuerhinterziehung und Manipulation an Geldspielautomaten (13,3 %). 15,6 % standen wegen Raub / Erpressung vor Gericht.

In der Untersuchung von stationär aufgenommenen Spielern von Schwarz und Lindner geben 29 der 57 Patienten, d. h. 50,8 %, an, dass sie sich auf illegale Weise Geld zum Spielen beschafft hatten.⁷² 20 Patienten (35 %) wurden bereits wegen einschlägiger Straftaten zum Teil zu mehrjährigen Gefängnisstrafen verurteilt. Es handelte sich hier in der Regel um Eigentumsdelikte wie Diebstahl, Urkundenfälschung, Scheckbetrug und Unterschlagung.

Eine andere Untersuchung hat sich schwerpunktmäßig mit der Delinquenz befasst. In dieser Untersuchung von Meyer, Althoff und Stadler wurden Mitglieder von 31 Selbsthilfegruppen aus 29 Städten und Klienten aus ambulanten Beratungs- und Behandlungseinrichtungen sowie Patienten in stationären Einrichtungen befragt.⁷³ Die Befragungen fanden 1995/96 statt. Die Stichprobe bestand aus 221 Spielern aus Selbsthilfegruppen, 227 Klienten der Suchtberatungsstellen und 189 Patienten aus stationären Einrichtungen. In die Endauswertung gingen 300 Spieler ein. Ausgeschlossen wurden solche Spieler, bei denen die Phase regelmäßigen Spielens länger als ein Jahr zurücklag. Die Spieler in Behandlung wurden mit Gelegenheits- und Häufigspielern verglichen. Die Ziehung der Stichprobe von Gelegenheits- und Häufigspie-

71 Meyer, G.: Glücksspieler in Selbsthilfegruppen – Projektbericht über erste Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. Hamburg: Neuland, 1989.

72 Schwarz, J. und A. Lindner: Die stationäre Behandlung pathologischer Glücksspieler. In: Suchtgefahren Vol. 36, 1990, S. 402-415.

73 Meyer, G., M. Althoff und M. Stadler: Glücksspiel und Delinquenz – Eine empirische Untersuchung. Frankfurt u. a.: Peter Lang, 1998.

lern erfolgte über die direkte Ansprache von zufällig anwesenden bzw. ausgewählten Männern in Spielhallen, Spielbanken, Gaststätten und öffentlichen Plätzen mit der Frage, ob sie sich in den letzten 12 Monaten mindestens einmal an einem Glücksspiel beteiligt haben. Auch hier zeigte sich eine erhöhte Delinquenzbelastung der Spieler in Behandlung.

Die Spieler in Behandlung haben deutlich häufiger Veruntreuungsdelikte, die Erschleichung von Leistungen und Betrug als begangene Delikte genannt, als die Vergleichsgruppe der polizeilichen Kriminalstatistik vermuten lassen würde. Auch für Gelegenheits- und Häufigspieler hat die Erschleichung von Leistungen eine überproportionale Bedeutung.

In der Studie für die Steiermark von Köberl und Prettenthaler werden die Kosten durch eine glücksspielsuchtbedingte (Beschaffungs-)Kriminalität sehr detailliert untersucht. Die Datengrundlage bilden Polizeiakten. Es galt, das Ausmaß der (Beschaffungs-)Kriminalität, welches wirklich durch das Glücksspielverhalten verursacht wird, zu untersuchen. Die Polizeiakten, in denen die Worte „Glücksspiel“ oder „Glücksspielsucht“ vorkommen, wurden in zwei Gruppen aufgeteilt, nämlich in Akten, deren enthaltene Dokumente auf eine hohe Wahrscheinlichkeit hinweisen, dass es ohne problematisches Glücksspiel nicht zur besagten Straftat gekommen wäre, sowie in Akten, in denen einige Unsicherheit bezüglich der Kausalität zwischen Straftat und Glücksspielsucht bestand.

Es wurden von Köberl und Prettenthaler zwei Varianten berechnet. In der ersten Variante wurden die Fälle der ersten Gruppe zu 100 % in die Kostenschätzung aufgenommen und die Fälle der zweiten Gruppe zu 50 %. In der zweiten Variante gingen beide Gruppen zu 100 % in die Kostenberechnungen ein.

Es wurden die Kosten für die Strafverfolgung, die Kosten des Strafverfahrens sowie des Strafvollzugs in die Berechnungen mit aufgenommen. Die Kosten der Strafverfolgung wurden anhand des jeweiligen Zeitaufwands und der Kosten pro Zeiteinheit für die Vernehmung und die Ermittlung berechnet. Die Kosten des Strafverfahrens wurden ebenfalls anhand des Zeitaufwands der Gerichte (Richter, Staatsanwälte, Schriftführer, Verfahrenshilfe, sonstige Kosten) und der Kosten pro Zeiteinheit ermittelt. Bei der Ermittlung der Kosten für den Strafvollzug wurden die Ausgaben für Bewährungshilfe sowie die Haftkosten in Ansatz gebracht.

In der ersten Variante ergeben sich Kosten von insgesamt 547.000 Euro und in der zweiten Variante von 928.300 Euro für das Jahr 2006 und die Steiermark.

Die Steiermark hat knapp eine Million Einwohner. Wenn von 53 Millionen erwachsenen Bundesbürgern zwischen 18 und 65 Jahren ausgegangen wird, würden diese Kosten in Deutschland das 53-fache betragen. Bei Variante 1 wären dies 30,5 Millionen Euro und bei Variante 2 sogar 49,2 Millionen Euro.

Diese Werte liegen deutlich über dem Wert für die Kosten der Gerichte und des Strafvollzugs, den Künzi et al. berechnen. Diese gehen von 1,25 Millionen Euro (zwei Millionen Schweizer Franken) für die Kosten der Gerichte und des Strafvollzugs für 19.630 pathologische Spieler in

der Bevölkerung insgesamt aus. Bei 238.500 pathologischen Spielern in Deutschland würden somit die Kosten für die Gerichte und die Strafverfolgung bei 15,14 Millionen Euro liegen.

In der Polizeilichen Kriminalstatistik für Deutschland von 2009 sind 1.078 Raubüberfälle auf Spielhallen erfasst.⁷⁴ In der Mehrzahl dieser Fälle dürfte es sich um Beschaffungskriminalität handeln.

Wir werden in unseren Berechnungen in Anlehnung an die beiden vorliegenden Studien die **Kosten der (Beschaffungs-)Kriminalität auf Grund eines pathologischen Spielverhaltens für Deutschland mit 30 Millionen Euro** ansetzen.

Die Verhinderung von einem pathologischen Spielverhalten ist das Ziel einer Reihe von Maßnahmen. So dienen das Internetverbot und die Werbeeinschränkungen bei Glücksspielen der Glücksspielsuchtprävention. Das Internetverbot und die Werbeeinschränkungen werden durch die Glücksspielaufsichtsbehörden durchgesetzt. Den Glücksspielaufsichtsbehörden sind im Jahr 2009 Kosten von 9,1 Millionen Euro entstanden. Diese setzen sich aus 6,6 Millionen Euro für Personalkosten und 2,5 Millionen Euro für Sachkosten (einschließlich Prozesskosten) zusammen. Dies beinhaltet die Kosten für Erlaubnisansträge, Untersagungsverfügungen zur Durchsetzung des Verbots des Veranstaltens nicht erlaubter Glücksspiele (im Internet), sowie Verstöße gegen Werbebestimmungen.⁷⁵ Hierzu wären noch die Kosten, die den Gerichten und Strafverfolgungsbehörden entstanden sind, hinzuzurechnen. Wenn davon ausgegangen wird, dass diese etwa noch einmal in derselben Höhe liegen, ergeben sich insgesamt **Kosten für Glücksspielaufsicht, Gerichte und Strafverfolgung in der Höhe von 18,2 Millionen Euro**.

Die Kosten, die durch die glücksspielbedingte Arbeitslosigkeit entstehen, lassen sich in zwei Komponenten aufteilen. Unter die Verwaltungskosten sollen die Kosten gefasst werden, die der Gesellschaft durch die Verwaltung entstehen. Nur diese Kosten werden in diesem Abschnitt betrachtet. Die Kosten, die durch die fehlende Arbeitsproduktivität entstehen, werden in einem späteren Abschnitt behandelt.

Künzi et al. gehen für die Schweiz von Verwaltungskosten im Zusammenhang mit der Arbeitslosigkeit bei 19.630 pathologischen Casinospielern in der Bevölkerung von 996.640 Euro (1,6 Millionen Franken) jährlich aus. Bei 238.500 pathologischen Spielern in Deutschland wären dies **12,1 Millionen Euro für die Verwaltungskosten, die durch die Arbeitslosigkeit entstehen**. Auch dieser Wert dürfte eher eine Obergrenze darstellen und die Verwaltungskosten für die Sozialhilfe beinhalten.

74 Vgl. Schlüssel 212100 in der Polizeilichen Kriminalstatistik.
http://www.bka.de/pks/pks2009/download/pks-jb_2009_6-steller.pdf

75 Vgl. hierzu: Bericht zur Erhebungswelle 2010 im Rahmen der Evaluation des Glücksspielstaatsvertrags, Tabelle K1E: Kosten nach Kostenart und Betreibern: Welche Kosten sind durch die Umsetzung des Glücksspielstaatsvertrags verursacht?

Bei den Kosten für die Arbeitslosigkeit und die Sozialhilfe ist zwischen den Verwaltungskosten und den Leistungen zu unterscheiden. Die Arbeitslosenhilfe und die Sozialleistungen sind ein pekuniärer Transfer und keine sozialen Kosten. Die Verwaltungskosten, die mit diesem Transfer verbunden sind, sind hingegen soziale Kosten.

Wenn es auf Grund des pathologischen Spielverhaltens eines Ehepartners zu einer Scheidung kommt, sind diese Kosten ebenfalls als soziale Kosten zu berücksichtigen. Die Gesamtkosten der Scheidungen aufgrund von Glücksspielproblemen in Casinos werden von Künzi et al. mit 1,3 Millionen Euro (2,1 Millionen Franken) für 19.630 pathologische Spieler veranschlagt. Bei 238.500 pathologischen Spielern in Deutschland ergeben sich hierdurch **Kosten, die der Gesellschaft im Zusammenhang mit Scheidungen auf Grund von Glücksspielproblemen entstehen, von 15,9 Millionen Euro für Deutschland.**

3.4 Kosten für Prävention und Forschung

Die Kosten für Prävention hängen davon ab, welche Maßnahmen zur Prävention in einer Gesellschaft ergriffen werden. Hier ist zwischen der Verhaltens- und der Verhältnisprävention zu unterscheiden. Während verhaltenspräventive Maßnahmen sich auf das einzelne Individuum konzentrieren, ist die Verhältnisprävention auf die sozialen Verhältnisse ausgerichtet.

Die Kosten der Umsetzung von Maßnahmen, die direkt dem Spielerschutz dienen, wie die Kosten für die Sozialkonzepte einschließlich der Kosten für die Spielersperre, sind zu den sozialen Kosten zu rechnen.

Die Maßnahmen des Spielerschutzes verursachten bei den vom Deutschen Lotto- und Totoblock angebotenen Lotterien, den gewerblichen Spielvermittlern, den Soziallotterien, den Klassenlotterien und anderen Lotterien im Jahr 2008, dem ersten Jahr des Glücksspielstaatsvertrags, Kosten in der Höhe von 23 Millionen Euro. Diese sanken auf schätzungsweise 12 Millionen Euro im Jahr 2009 (in diesem Jahr machten die gewerblichen Spielvermittler keine Angaben, diese wurden hochgerechnet). Die Ausgaben der Spielbanken für Maßnahmen des Spielerschutzes sanken von 7,4 Millionen Euro auf 3,9 Millionen Euro. Die Kosten für Jugendschutzmaßnahmen insgesamt sanken von 7,1 Millionen Euro im Jahr 2008 auf 3,5 Millionen Euro im Jahr 2009.⁷⁶ Im Durchschnitt dieser beiden Jahre liegen die Kosten **für Maßnahmen des Spieler- und Jugendschutz insgesamt bei etwa 26 Millionen Euro.**

Der Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern stehen pro Jahr zwei Millionen Euro zur Verfügung.⁷⁷ In anderen Bundesländern gibt es entweder keine vergleichbaren Landesstellen oder

76 Vgl. zu den Kosten des präventiven Spieler- und Jugendschutzes: Bericht zur Erhebungswelle 2010 im Rahmen der Evaluation des Glücksspielstaatsvertrags, Tabelle K1E: Kosten nach Kostenart und Betreibern: Welche Kosten sind durch die Umsetzung des Glücksspielstaatsvertrags verursacht? S. 19.

77 Vgl. Czerny, A.: Modelle zur Umsetzung des Glücksspielstaatsvertrags in den Bundesländern. Vortrag gehalten

diese sind mit einer Personalstelle oder weniger wesentlich schlechter ausgestattet.⁷⁸ Ein Ansatz hierfür von fünf Millionen Euro pro Jahr für Deutschland dürfte eher hoch gegriffen sein.

Maßgeblichen Anteil an den Ausgaben für die gesamte Glücksspielforschung haben die größeren Projekte, wie das Bundesmodellprojekt, die epidemiologische Studie, die rechtsvergleichende Studie und die Evaluation der Spielverordnung. Mit 3,2 Millionen Euro sind die Kosten für diese nationalen Studien sehr hoch angesetzt. Umgerechnet auf ein Jahr wären dies 800.000 Euro.

Auch auf Landesebene finden Untersuchungen zum pathologischen Glücksspiel statt. In Baden-Württemberg beispielsweise liegen diese Kosten für die Glücksspielforschung in den Jahren 2009 und 2010 bei 330.000 Euro pro Jahr. In anderen Bundesländern, mit Ausnahme von Bayern, dürften diese in der Regel deutlich geringer ausfallen. Es wären hier auch die Kosten für Studien einzubeziehen, die von privaten Anbietern vergeben werden. Ein Ansatz von drei Millionen Euro pro Jahr für wissenschaftliche Untersuchungen zum pathologischen Spielverhalten dürfte auch hier eher eine Obergrenze darstellen.

Insgesamt würden sich somit soziale Kosten von **8,8 Millionen Euro pro Jahr für die Forschung zur Prävention des pathologischen Spielverhaltens ergeben**. Dies entspricht den Angaben im Evaluationsbericht, der von insgesamt 11 Millionen im Jahr 2008 ausgeht, aber nicht berücksichtigt, dass es sich bei einer Reihe von Maßnahmen eher um Maßnahmen zur Prävention des Substanzkonsums generell und weniger des Glücksspielkonsums handelt.⁷⁹

ten auf dem Symposium der Forschungsstelle Glücksspiel 2009.

https://gluecksspiel.uni-hohenheim.de/fileadmin/einrichtungen/gluecksspiel/Symposium2009/Symposium2009_ACzerny.pdf

78 Vgl. Czerny, A.: Modelle zur Umsetzung des Glücksspielstaatsvertrags in den Bundesländern. Vortrag gehalten auf dem Symposium der Forschungsstelle Glücksspiel 2009.

https://gluecksspiel.uni-hohenheim.de/fileadmin/einrichtungen/gluecksspiel/Symposium2009/Symposium2009_ACzerny.pdf

79 Vgl. Bericht zur Erhebungswelle 2010 im Rahmen der Evaluation des Glücksspielstaatsvertrags, Maßnahmen zur Bekämpfung der Glücksspielsucht, Stand 1. August 2010.

Tab. 2: Direkte Kosten (in Euro)

| | |
|--|--------------------|
| Kosten der stationären Behandlung | 16.970.000 |
| Kosten der ambulanten Behandlung | 24.090.000 |
| Kosten der Schuldnerberatung | 390.000 |
| Kosten der (Beschaffungs-)Kriminalität | 30.000.000 |
| Kosten der Aufsicht, Gerichte und Strafverfolgung | 18.200.000 |
| Verwaltungskosten Arbeitslosigkeit | 12.100.000 |
| Kosten durch Ehescheidungen | 15.900.000 |
| Kosten für Maßnahmen des Spieler- und Jugendschutzes | 26.000.000 |
| Kosten für Präventionsforschung | 8.800.000 |
| Direkte Kosten insgesamt | 152.450.000 |

Quelle: Eigene Berechnungen

Wenn die einzelnen Kostenkomponenten zusammengerechnet werden, ergeben sich die direkten Kosten für die Bundesrepublik Deutschland in Höhe von 152,45 Millionen Euro pro Jahr im Durchschnitt der Jahre 2008 und 2009.

Diese Schätzung ist vergleichsweise hoch. Für die Schweiz kommen Künzi et al. auf soziale Kosten des Casinospieles in der Höhe von 439 CHF pro Kopf der 19.630 problematischen und pathologischen Casinospiele. Dies würde für Deutschland bei 238.500 problematischen und pathologischen Spielern eine Summe von 65,96 Millionen Euro (bei einem Umrechnungskurs 1 CHF = 0,63 Euro) ergeben. Diese Summe wäre weniger als die Hälfte der hier berechneten Summe. Künzi et al. kommen zum Teil zu etwas geringeren Kostenschätzungen und haben nicht die Kosten für Maßnahmen des Spieler- und Jugendschutzes sowie die Kosten der Präventionsforschung berücksichtigt.

3.5 Indirekte Kosten

Neben den direkten Kosten entstehen einer Gesellschaft auch indirekte Kosten. Hierunter werden die Kosten auf Grund von Arbeitslosigkeit, verminderter Arbeitsproduktivität und Tod verstanden, die der Gesellschaft entstehen. Hier erfolgt die Bewertung nach dem Opportunitätskostenprinzip. Die Verwaltungskosten der Arbeitslosigkeit sind bereits bei den direkten Kosten berücksichtigt.

Der Anteil der Erwerbslosen im stationären Bereich ist wesentlich höher als im ambulanten Bereich. Im stationären Bereich beträgt der Anteil der Erwerbslosen unter den pathologischen Spielern 44,2 %. Im Vergleich dazu liegt dieser Anteil für Alkohol bei 46,5 %, für Opioide bei

60,1 %, für Cannabis bei 53,1 %, für Kokain bei 50,5 % und für Stimulanzien bei 56,3 %.⁸⁰ Die Erwerbslosenquote lag in Deutschland im Jahr 2008 im Durchschnitt bei 7,2 % und im Jahr 2009 bei 7,6 %.⁸¹ Pathologische Spieler haben eine unterdurchschnittliche Ausbildung. Hier dürfte die Erwerbslosenquote noch höher liegen. Wenn davon ausgegangen wird, dass 30 % der Klienten auf Grund ihres pathologischen Spielverhaltens erwerbslos geworden sind, wäre dies bei 1.100 stationären Klienten die Anzahl von 330 Klienten.

Etwa 11 % der Spieler, die sich in ambulante Behandlung begeben, nennen als Hauptgrund hierfür die Arbeitslosigkeit.⁸² Dies deutet darauf hin, dass bei diesen Spielern ein enger Zusammenhang zwischen der Arbeitslosigkeit und dem Spielen besteht. Bei 7.300 Spielern, die sich im Jahr 2008 in Behandlung begeben haben, wären 11 % davon 803 Spieler. Damit wären 1.133 der 8.400 Spieler, die sich in Therapie begeben haben, auf Grund ihres Spielverhaltens erwerbslos geworden.

Von den Klienten, die mit der Suchthilfestatistik im Jahr 2009 erfasst werden, waren 26,3 % der pathologischen Spieler erwerbslos.⁸³ Im Vergleich dazu betrug dieser Anteil bei Alkohol 40 %, bei Opioiden 60,7 %, bei Cannabis 35,8 %, bei Kokain 39,2 % und bei Stimulanzien 42 %. Wenn davon ausgegangen wird, dass bei 18 % der Klienten die Erwerbslosigkeit auf das pathologische Spielverhalten zurückzuführen ist, wären dies bei 8.400 Klienten die Anzahl von 1.512 pathologischen Spielern, die auf Grund ihrer Krankheit erwerbslos geworden sind. Diese Zahl liegt über den 1.133 eben berechneten pathologischen Spielern.

Auch hier wird wieder der Mittelwert der Ergebnisse dieser beiden alternativen Berechnungen zu Grunde gelegt; dies wären 1.300 Erwerbslose auf Grund eines pathologischen Spielverhaltens unter den etwa 8.430 Klienten, die sich 2008 in ambulante oder stationäre Therapie begeben haben.

Unter den pathologischen Spielern, die sich nicht in Therapie begeben, dürfte der Anteil der Erwerbslosen nicht wesentlich über einer Vergleichsgruppe mit gleichen soziodemographischen Merkmalen liegen. Wenn davon ausgegangen wird, dass es 238.500 Spieler mit einem problematischen oder pathologischen Spielverhalten in der Bevölkerung gibt, so bleiben

80 Steppan, M., J. Künzel, T. Pfeiffer-Gerschell: Suchtkrankenhilfe in Deutschland 2009: Jahresbericht der deutschen Suchthilfestatistik (DSHS). IFT Institut für Therapieforchung, München, Oktober 2010, S. 22, Tabelle 4.

http://www.suchthilfestatistik.de/Downloads/Jahresbericht_DSHS.pdf

81 Vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland: Eckzahlen zum Arbeitsmarkt Deutschland 2008, 2009.

<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Arbeitsmarkt/content75/Eckwertetabelle,templateId=renderPrint.psml>

82 Vgl. Kapitel 3.2.

83 Steppan, M., J. Künzel, T. Pfeiffer-Gerschell: Suchtkrankenhilfe in Deutschland 2009: Jahresbericht der deutschen Suchthilfestatistik (DSHS). IFT Institut für Therapieforchung, München, Oktober 2010, S. 21, Tabelle 3.

http://www.suchthilfestatistik.de/Downloads/Jahresbericht_DSHS.pdf

230.100 Spieler übrig, die sich nicht in Therapie begeben haben. Wenn weiterhin davon ausgegangen wird, dass 2 % davon auf Grund des pathologischen Spielverhaltens erwerbslos geworden sind, so wären dies 4.630 Spieler. Insgesamt wären somit in der deutschen Bevölkerung 5.930 Spieler auf Grund ihres pathologischen Spielverhaltens im Jahr 2008 erwerbslos geworden.

Die verlorenen Lebens- oder Erwerbstätigkeitsjahre werden in dem Humankapitalansatz monetär mit dem Marktpreis für den Produktionsfaktor Arbeit, also über Lohn oder Einkommen, bewertet. Dabei kann über die entlohnte Arbeit hinaus auch die nicht entlohnte Arbeit, wie im Haushalt, bewertet werden. Zukünftig anfallende Kosten werden in der Regel diskontiert.

Die Friktionskostenmethode kommt hier zu geringeren Werten, da bei dieser Methode angenommen wird, dass durch Krankheit oder Tod verlorengegangene Arbeitsplätze auf dem Arbeitsmarkt nach einer gewissen Übergangszeit von anderen Personen wieder besetzt werden können und deshalb die Produktionsverluste entsprechend niedriger ausfallen. In einer Gesellschaft, in der es Arbeitssuchende ohne Beschäftigung gibt, ist die Friktionskostenmethode der angemessene Ansatz. Nur wenn Vollbeschäftigung bestehen würde, wäre der Humankapitalansatz gerechtfertigt.

Angesichts der Erwerbslosenquote in der Bevölkerung von etwa 7 % und der unterdurchschnittlichen Qualifikation in der Gruppe der pathologischen Spieler ist davon auszugehen, dass die Arbeitsplätze relativ schnell wieder besetzt werden können. Wenn von einer Übergangszeit von drei Monaten ausgegangen wird, so entstehen Produktivitätsverluste von 5.930 mal drei Monate. Dies würde 1.482 Arbeitsjahren entsprechen. Wenn ein Arbeitsjahr mit der durchschnittlichen Bruttowertschöpfung von 57.223 Euro bewertet wird, **entstehen Kosten durch die Erwerbslosigkeit nach der Friktionskostenmethode in der Höhe von 84.804.500 Euro.**

Bei einem krankheitsbedingten Tod durch Selbstmord entstehen Produktivitätsverluste, die denen beim Verlust eines Arbeitsplatzes durch Kündigung entsprechen. Diese sind in dieser Zahl von Arbeitsjahren mit eingerechnet.

Zu diesen sozialen Kosten, die durch die Erwerbslosigkeit entstehen, wären noch die sozialen Kosten hinzuzurechnen, die durch eine geringere Arbeitsproduktivität wegen Krankheit und am Arbeitsplatz entstehen.

In der Studie von Künzi et al. aus der Schweiz wird auf Grund von Befragungen der Spieler davon ausgegangen, dass pathologische Spieler auf Grund ihrer Glücksspielprobleme im Durchschnitt sechs Tage pro Jahr und problematische Spieler 0,24 Tage pro Jahr am Arbeitsplatz fehlen. Dabei wird von Durchschnittswerten ausgegangen. Hier soll hingegen zwischen stationären, ambulanten und anderen problematischen bzw. pathologischen Spielern unterschieden werden.

Wenn davon ausgegangen wird, dass die Spieler, die sich in stationäre Therapie begeben, im Durchschnitt 10 Wochen oder 2,5 Monate auf Grund ihres Aufenthalts nicht arbeiten können, so ergeben sich Fehlzeiten für die 1.131 Spieler in stationärer Behandlung von insgesamt 236 Jahren.

Die Patienten in ambulanter Behandlung sind mit denen von Künzi et al. vergleichbar. Bei einer Erwerbslosenquote von 10 % unter diesen 7.300 pathologischen Spielern und somit 6.570 erwerbstätigen Spielern und bei sechs Fehltagen pro Jahr entspricht dies einer Fehlzeit von 158 Arbeitsjahren bei 250 Arbeitstagen im Jahr.

Bei den pathologischen Spielern, die sich nicht in Behandlung begeben, soll von einem Tag im Jahr Fehlzeit auf Grund des pathologischen Spielens ausgegangen werden. Bei 238.500 pathologischen Spielern in Deutschland wären dies etwa 230.000 Spieler oder die dementsprechende Anzahl von Fehltagen. Dies wären insgesamt 920 Arbeitsjahre.

Insgesamt ergeben sich somit Fehlzeiten in der Höhe von 1.314 Arbeitsjahren. Mit einer Bruttowertschöpfung von 57.223 Euro im Jahr würden die **sozialen Kosten durch Fehlzeiten 75.191.000 Euro** betragen.

Für eine geringere Produktivität pathologischer Glücksspieler während der Arbeitszeit liegen keine Daten vor. Wenn die Spielstätte nicht am Arbeitsplatz ist, sondern in der Spielhalle, Gaststätte oder dem Spielcasino, so gibt es a priori keine Gründe, von einer verringerten Produktivität am Arbeitsplatz auszugehen. Wenn es sich jedoch um einen pathologischen Spieler handelt, der mit Internetspielen ein sehr starkes oder starkes Problem hat, kann es zu einer Verringerung der Arbeitsproduktivität kommen.

Bühringer et al. haben Spieler in Spielhallen (n=447) und Gaststätten (n=144) befragt, von denen ein hoher Anteil seit mehreren Jahren regelmäßig spielt. Nur etwa 1,6 % bis 3,6 % dieser häufig pathologischen Geldspielautomatenspieler spielen auch im Internet.⁸⁴ Auf der anderen Seite hatte das Internet unter den Hilfesuchenden für das internetbasierte Beratungsprogramm der BZgA „Check dein Spiel“ eine höhere Bedeutung, die sicherlich zum Teil auf die Art der Kontaktaufnahmen, nämlich über das Internet, zurückzuführen ist.⁸⁵ 37 Klienten haben Spiele im Internet (Internetcasinos, Sportwetten im Internet, Online-Poker) als sehr starkes oder starkes Problem angegeben. Bei Geldspielautomaten waren es 69 Klienten und bei Glücksspielautomaten in Spielbanken 23 Klienten. Der Anteil der pathologischen Spieler im Internet betrug somit etwa 30 %. Der Anteil von pathologischen Internet-Spielern liegt zwischen 3 % und 30 % und eher bei 3 %, wenn die Art der Kontaktaufnahme in dem Beratungsprogramm der BZgA berücksichtigt wird.

84 Vgl. Bühringer, G., L. Kraus, B. Höhne, H. Kufner und J. Künzel: Abschlussbericht: Untersuchung zur Evaluierung der Fünften Novelle der Spielverordnung vom 17.12.2005. München, 9. September 2010, S. 116.

85 Zur Studie der BZgA vgl. Kapitel 5.3.

Wenn von einem Anteil von 10 % ausgegangen wird, so ist zu berücksichtigen, dass diese pathologischen Internetspieler nicht alle auch einen Arbeitsplatz mit Internetzugang haben. Wenn dies für die Hälfte der Spieler der Fall wäre, wären Verluste an Arbeitsproduktivität durch das Spielen am Arbeitsplatz bei 5 % der pathologischen Spieler oder 11.915 Spielern denkbar. Wenn die **Arbeitszeitverluste**, die hierdurch entstehen könnten, auf eine Woche im Jahr für jeden pathologischen Internetspieler mit Internetzugang am Arbeitsplatz geschätzt werden, ergeben sich Verluste an Arbeitsproduktivität am Arbeitsplatz (bei 50 Arbeitswochen im Jahr) in der Höhe von 238 Arbeitsjahren. Mit einer Bruttowertschöpfung pro Erwerbstätigen von 57.223 **entspricht dies 13.619.100 Euro.**

Insgesamt ergeben sich somit krankheitsbedingte Produktivitätsverluste in der Höhe von 3.034 Arbeitsjahren durch Erwerbslosigkeit, Fehlzeiten und geringerer Produktivität. Die indirekten Kosten ergeben sich, wenn dieser Wert mit der durchschnittlichen Bruttowertschöpfung eines Erwerbstätigen bewertet wird. Bei einem Bruttoinlandsprodukt von 2.481 Milliarden Euro im Jahr 2008 und 43,36 Millionen Erwerbstätigen liegt die Bruttowertschöpfung pro Erwerbstätigen bei 57.223 Euro pro Jahr. Insgesamt ergeben sich **indirekte Kosten in der Summe von 173.615 Millionen Euro.**

Tab. 3: Indirekte Kosten (in Euro)

| | |
|---|--------------------|
| Kosten durch Verlust des Arbeitsplatzes | 84.804.500 |
| Kosten durch krankheitsbedingte Fehlzeiten | 75.191.000 |
| Kosten durch verringerte Arbeitsproduktivität | 13.619.100 |
| Indirekte Kosten insgesamt | 173.614.600 |

Quelle: Eigene Berechnungen

Die Berechnung nach der Humankapitalmethode würde zu deutlich höheren Kosten führen, ist aber nicht angebracht. Auch wenn von der Friktionskostenmethode ausgegangen wird, können sich die Kosten deutlich erhöhen, wenn von höheren krankheitsbedingten Fehlzeiten oder Produktivitätsverlusten ausgegangen würde.

Die direkten und die indirekten Kosten zusammen betragen nach den hier vorgetragenen Berechnungen 326.064.600 Euro.

Der Ansatz der indirekten Kosten hängt deutlich mehr von den Annahmen ab, die getroffen werden, als der Ansatz für die direkten Kosten. Die berechneten direkten Kosten dürften bei anderen Kostenansätzen vielleicht um maximal 20 % über oder (wahrscheinlich eher) unter dem hier berechneten Durchschnittswert liegen. Hingegen können bei den indirekten Kosten diese um bis 50 % oder mehr differieren, je nach den jeweils gemachten Annahmen bzw. Methoden.

Köberl und Pretenthaler kommen für die Steiermark mit etwa einer Millionen Bürger auf direkte und indirekte Kosten von 0,8 bis 3,8 Millionen Euro je nach Berechnungsmethode. Bei 53 Millionen erwachsenen Bundesbürgen wären dies 42 bis 201 Millionen Euro.

Für die Schweiz berechnen Künzi et al. direkte Kosten pro problematischem und pathologischem Casinospieler in der Höhe von 277 Euro und indirekte Kosten in der Höhe von 1.560 Euro pro Kopf.⁸⁶ Hochgerechnet für die 238.500 problematischen und pathologischen Spieler in Deutschland wären dies direkte Kosten in der Höhe von 66 Millionen Euro und indirekte Kosten in der Höhe von 372 Millionen Euro.

Das Ergebnis des hier vorliegenden Rechnungsansatzes liegt mit Werten von 152 Millionen Euro direkten Kosten höher als die beiden anderen Studien und mit 173 Millionen Euro indirekten Kosten höher als bei dem Österreichischen Rechnungsansatz, aber niedriger als bei dem Schweizer Rechnungsansatz. Unser Rechnungsansatz erfasst mehr Komponenten der direkten Kosten und ist als Obergrenze gedacht und führt daher zu höheren Werten. Bei den indirekten Kosten differenzieren wir, im Gegensatz zu den beiden anderen Studien, zwischen stationären, ambulanten und nicht behandelten pathologischen Spielern und kommen dabei zu geringeren Werten, als die Studie aus der Schweiz. Dies ist auch maßgeblich darauf zurück zu führen, dass wir den Friktionskostenansatz gewählt haben, während die Schweizer Studie den Humankapitalansatz vorzieht.

Während der Wert von 152 Millionen Euro für die direkten Kosten eine Obergrenze darstellen dürfte, könnten andere Berechnungsmethoden auch zu höheren Werten für die indirekten Kosten als die hier berechneten 173 Millionen Euro kommen. Doch ganz unabhängig von den Berechnungsmethoden dürften die indirekten Kosten immer deutlich unter 500 Millionen Euro liegen.⁸⁷

86 Bei einem Wechselkurs von 1 CHF = 0,63 Euro.

87 Eine Ausnahme bildet eine Studie aus Schweden, in der die Kosten der Depression und des Verlustes an Arbeitsproduktivität sehr grob geschätzt werden. Diese Studie geht von durchschnittlich 717 Euro (6.280 SEK) Krankheitskosten pro depressivem Patienten und Jahr und kommt dann erstaunlicherweise zu Krankheitskosten auf Grund von Depressionen in der Höhe von 717 Euro (6.280 SEK) bis 907 Euro (7.940 SEK) pro Jahr pro problematischem bzw. pathologischem Spieler. Dabei ist nicht nachvollziehbar, warum davon ausgegangen wird, dass praktisch jeder pathologische Spieler an einer Depression leiden und sich deswegen in Behandlung begeben haben soll. Basierend auf dem Humankapitalansatz kommen die Autoren für die sozialen Kosten auf Grund von Erwerbslosigkeit zu 1.223 Euro (9.830 SEK) bis 2.446 Euro (23.170 SEK) pro pathologischem und problematischem Spieler. Hier werden amerikanische Angaben zu Grunde gelegt. Auch diese Zahlen sind nicht nachvollziehbar. Die Behandlungskosten für das pathologische Spielverhalten werden hingegen nur mit 15 Euro (130 SEK) pro pathologischem Spieler veranschlagt. Die Polizei und Gerichtskosten werden mit acht Euro (70 SEK) bis 96 Euro (840 SEK) pro pathologischem Spieler angesetzt. Die Kosten, die dem Staat entstehen, werden in dieser schwedischen Studie mit 51 Euro (450 SEK) pro pathologischem Spieler angesetzt. Vgl. Svenska Spel: The cost of gambling – An analysis of the socio-economic costs resulting from problem gambling in Sweden, February 2009.

Die Unterschiede in den Ergebnissen machen deutlich, dass es hier nur um die Abschätzung von Größenordnungen gehen kann. Die sozialen Kosten des Glücksspiels dürften insgesamt zwischen 300 Millionen und 600 Millionen Euro betragen.

3.6 Intangible Kosten

Die intangiblen Kosten können nicht fundiert gemessen werden. Für diese Kosten gibt es keinen Marktpreis.

Künzi et al. berechnen die Kosten auf Grund von Todesfällen an Hand der glücksspielbedingten Suizidfälle und einem Verlust an Bruttonproduktivität von 1,6 Millionen CHF (1,0 Millionen Euro) pro Person, die glücksspielbedingt Suizid verübt.

Dieser Ansatz der Humankapitalmethode ist hier verfehlt, da in einer Gesellschaft mit einer unfreiwilligen Erwerbslosigkeit der Friktionskostenansatz angemessen ist. Nach einer gewissen Zeit, in den vorliegenden Berechnungen wurde von drei Monaten ausgegangen, werden fehlende Arbeitskräfte wieder ersetzt.

Es mag zynisch klingen und wurde kontrovers bei den Kosten des Rauchens diskutiert, aber der Tod eines Menschen, kurz bevor er in Rente geht oder altersbedingt krank wird, führt nach der Humankapitalmethode zu einer Einsparung von sozialen Kosten. Auch deswegen wird die Humankapitalmethode nur selten verwendet.

Aber in einer Gesellschaft muss zwangsläufig von dem Wert eines Lebens ausgegangen werden, auch wenn es sich hier nur um den statistischen Wert eines Lebens handelt. Die Frage nach dem Wert eines menschlichen Lebens stellt sich Versicherungen, Gerichten bei der Festsetzung von Schmerzensgeldern, Politikern bei ihren Entscheidungen für oder gegen eine Begradigung einer unfallträchtigen Kurve oder der Festlegung von Sicherheitsvorschriften für Kraftfahrzeuge oder Atomkraftwerke.

Wenn davon ausgegangen wird, dass die Lohnhöhe auch von dem Risiko, während der Arbeitszeit tödlich zu verunglücken, abhängt, lässt sich eine Risikoprämie berechnen, die dann auf ein Menschenleben hochgerechnet werden kann. Diesen alternativen Ansatz zur Messung des statistischen Wertes hat zum Beispiel Viscusi gewählt.⁸⁸ Es ergeben sich als Wert eines amerikanischen Lebens 4,7 Millionen US-Dollar oder 3,6 Millionen Euro bei einem Wechselkurs 1 US-Dollar = 1,32 Euro.

Ein alternativer Ansatz würde darin bestehen, die Kosten der bisherigen Ausbildung als Verlust zu berücksichtigen und damit die sozialen Kosten zu erfassen. Die Ausbildungskosten

88 Viscusi, W. K.: The value of life: Estimates with risks by occupation and industry. Discussion Paper No. 422 05/2003 Harvard Law School, Cambridge, MA 02138.

steigen erst im Leben eines Menschen, um dann auf einem konstanten Niveau zu bleiben bzw. abzunehmen. Dies führt dazu, dass Kinder nach diesem Ansatz weniger wert sind als junge Erwachsene.

Auch eine Reihe anderer Berechnungsansätze kommt zu Werten zwischen mehreren Tausend Euro bis zu mehr als einer Million Euro für ein Menschenleben.⁸⁹ Auch ist nach diesen Berechnungsansätzen in der Regel ein Leben in einem Entwicklungsland nur mehrere Tausend Euro Wert im Vergleich zu mehreren Hunderttausend in Industrieländern.

Da es keine soliden Grundlagen hierfür gibt, wird daher in der Regel auf eine explizite Berechnung der intangiblen Kosten verzichtet.

⁸⁹ Vgl. ausführlich zu einer amüsanten Reise durch die unterschiedlichen Bewertungsansätzen in unserer Gesellschaft Klare, J.: Was bin ich wert? Eine Preisermittlung. Berlin: Suhrkamp, 2010.

4 Die sozialen Kosten des pathologischen Glücksspiels im Vergleich zu den sozialen Kosten des Substanzmissbrauchs

Es liegen für Deutschland einige Studien zu den Kosten des Substanzmissbrauchs vor, auf die in dem Folgenden eingegangen wird.

4.1 Glücksspiel

In der Studie von Köberl und Pretenthaler für die Steiermark erfolgt die Berechnung der Kosten für Behandlung und Schuldnerberatung, die zusammengefasst werden, relativ detailliert. Sehr viel Sorgfalt wird auf die Berechnung der glücksspielbedingten (Beschaffungs-)Kriminalität verwandt. Es ergeben sich für die Steiermark direkte und indirekte soziale Kosten von insgesamt 3,8 Millionen Euro. Bei geschätzten 15.000 pathologischen Spielern in der Steiermark entspricht dies 253 Euro pro pathologischem Spieler und Jahr. Wir kommen hier zu 1.367 Euro.

Darüber hinaus versuchen die Autoren auch, das psychische Leid, das den Angehörigen von Spielsüchtigen entsteht, die intangiblen Kosten, in Geld zu veranschlagen. Hier schlagen die Autoren der Studie soziale Kosten von 57 Millionen Euro vor oder bei geschätzten 15.000 pathologischen Spielern in der Steiermark 3.800 Euro pro pathologischem Spieler. Die Grundlagen für diese Schätzung und die Berechnungen der intangiblen Kosten werden nicht erläutert bzw. dargelegt.

In der Studie von Künzi et al. werden die durch Schweizer Casinos verursachten sozialen Kosten berechnet. Diese Studie orientiert sich, wie die hier vorliegende Studie, an den „International guidelines for estimating the cost of substance abuse“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Es ergeben sich für die Schweiz direkte Kosten pro pathologischem Casinospieler in der Höhe von 277 Euro. Für Deutschland wurden in der vorliegenden Untersuchung **direkte Kosten pro pathologischem Spieler von 639 Euro** berechnet.

Für Deutschland ergeben sich **indirekte Kosten pro pathologischem Spieler und Jahr von 173,6 Millionen Euro**. Umgerechnet auf die Anzahl der Spieler ergeben sich indirekte Kosten von **728 Euro pro pathologischem Spieler**. Die Schweizer Studie kommt hier bei einer anderen Berechnungsweise unter Anwendung des Humankapitalansatzes zu Werten in der Höhe von 1.560 Euro pro problematischem und pathologischem Spieler. Diese Werte sind praktisch das Doppelte der hier berechneten Werte und machen die mögliche Schwankungsbreite bei unterschiedlichen Berechnungsansätzen deutlich.

Tab. 4: Soziale Kosten des Glücksspiels in Deutschland (in Euro)

| | |
|--|---------------------------|
| Kosten der stationären Behandlung | 16.970.000 |
| Kosten der ambulanten Behandlung | 24.090.000 |
| Kosten der Schuldnerberatung | 390.000 |
| Kosten der (Beschaffungs-)Kriminalität | 30.000.000 |
| Kosten der Aufsicht, Gerichte und Strafverfolgung | 18.200.000 |
| Verwaltungskosten Arbeitslosigkeit | 12.100.000 |
| Kosten durch Ehescheidungen | 15.900.000 |
| Kosten für Maßnahmen des Spieler- und Jugendschutzes | 26.000.000 |
| Kosten für Präventionsforschung | 8.800.000 |
| | |
| Direkte Kosten insgesamt | 152.450.000 |
| | |
| Kosten durch Verlust des Arbeitsplatzes | 84.804.500 |
| Kosten durch krankheitsbedingte Fehlzeiten | 75.191.000 |
| Kosten durch verringerte Arbeitsproduktivität | 13.619.100 |
| | |
| Indirekte Kosten insgesamt | 173.614.600 |
| | |
| <i>Direkte und indirekte Kosten insgesamt</i> | <i>326.064.600</i> |

Quelle: Eigene Berechnungen

Die direkten und indirekten Kosten zusammen, die für einen pathologischen Spieler in Deutschland berechnet wurden, liegen mit 1.367 Euro pro pathologischem Spieler und Jahr etwas unter den für die Schweiz berechneten Kosten von 1.877 Euro pro pathologischem Spieler und Jahr in der Bevölkerung.

Insgesamt ergeben sich nach diesen sehr detaillierten Rechnungen für Deutschland soziale Kosten des Glücksspiels im Bereich von 326 Millionen Euro. Diese Zahlen und auch die Zahlen der anderen vorliegenden Untersuchungen, wenn diese auf Deutschland übertragen werden, stimmen überhaupt nicht mit den ersten sehr groben Schätzungen von 60 Milliarden US-Dollar pro Jahr für Deutschland von Fiedler überein.⁹⁰

Fiedler⁹¹ geht in Anlehnung an eine nicht genannte amerikanische Studie von Kosten auf Grund von Produktivitätsverlusten von 2.414 Euro pro pathologischem Spieler aus. Dieser Be-

90 Vgl. Fiedler, I.: Soziale Kosten des Glücksspiels.

<http://www.wiso.uni-hamburg.de/institute/irdw/forschung/soziale-kosten-des-gluecksspiels>

91 Vgl. Fiedler, I. Soziale Kosten des Glücksspiels. Vortrag auf der 20. Jahrestagung des Fachverbandes Glücks-

trag ist dreifach so hoch, wie die hier berechneten indirekten Kosten. Dies ist prinzipiell möglich, wenn der Humankapitalansatz gewählt wird.

Hingegen liegen die direkten Kostenkomponenten (Insolvenzen und Zivilrechtsstreitigkeiten mit 650 Euro, Sozialprogramme mit 670 Euro, Kriminalität mit 3.495 Euro und Behandlung und Therapie mit 1.108 Euro) mit insgesamt 5.923 Euro pro Spieler und Jahr jenseits von den Ergebnissen aller anderer Schätzungen, insbesondere auch der hier vorliegenden vergleichsweise sehr hohen Schätzung der direkten Kosten von 728 Euro pro Spieler und Jahr. Als weitere Kostenkomponente führt Fiedler noch „faule Kredite“ in der Höhe von 1.142 Euro pro Spieler und Jahr an. Dies ist ebenfalls eine unrealistisch hohe Schätzung der Verwaltungs- und sonstigen Kosten, die mit den Kreditausfällen verbunden sind. Es ist aber auch möglich, dass hier pekuniäre Transfers und soziale Kosten verwechselt werden. Auch hier fehlen die Angaben zu den getroffenen Annahmen. Diese Rechnungen sind daher nicht zu überprüfen.

4.2 Tabak

Es ist eine ganze Anzahl von Krankheiten bekannt, für die Tabak eine nachgewiesene oder wahrscheinliche Ursache oder verstärkender Faktor ist. Insbesondere Krebserkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen der Atemwege und Schädigungen des Kindes vor der Geburt sind hier zu nennen.⁹²

Der Tabakkonsum schädigt nicht nur die konsumierende Person selbst, sondern kann auch negative gesundheitliche Auswirkungen auf die Umgebung haben. Es wird davon ausgegangen, dass auch das Passivrauchen beträchtliche Effekte auf die Gesundheit der Bevölkerung hat, und dass Personen, die häufig dem Tabakrauch passiv exponiert sind, vermehrt an Lungenkrebs, koronaren Herzkrankheiten, Schlaganfällen und Atemwegserkrankungen leiden.⁹³

Bei der Berechnung der direkten Kosten des Rauchens lassen sich zwei Ansätze unterscheiden: der Inzidenzansatz, bei dem die erwarteten Kosten auf Grund einer Krankheit berechnet werden, und der Prävalenzansatz, bei dem die jährlichen Kosten berechnet werden. Der Inzidenzansatz wird selten gewählt, da Kenntnisse der Entwicklung der Krankheit und ihrer Dauer, der Weiterentwicklung der medizinischen Methoden, der Kosten der Medikamente, des Rauchverhaltens und der Arbeitsproduktivität benötigt werden. Der Prävalenzansatz berechnet die Kosten pro Jahr.

spielsucht e. V., 28. November 2008, Hamburg, S. 8.

92 Vgl. zu einer umfassenden Liste West, R.: Tobacco Control: present and future. In *British Medical Bulletin* (Vol. 77 und 78), 2006, S. 123-136.

93 Vgl. Deutsches Krebsforschungszentrum (2005); Heidrich et al. (2007). Beide Veröffentlichungen lagen im Original leider nicht vor und wurden zitiert nach: Baumeister, S. E., L. Kraus, T. K. Stonner und K. Metz: Tabakkonsum, Nikotinabhängigkeit und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. In: *Sucht* 2008 (54) Sonderheft 1, 2008, S. 26-35.

Anhand des Prävalenzansatzes schätzen Welte et al.⁹⁴ die durch Tabakkonsum in Deutschland verursachten Kosten für das Jahr 1993. Es wird von 116.507 tabakbedingten Todesfällen in Deutschland ausgegangen. Die direkten Kosten der tabakbedingten Krankheiten für das Gesundheitssystem liegen bei 4,7 Milliarden Euro. Hinzu kommt der Verlust an Arbeitsproduktivität auf Grund der tabakbedingten Todesfälle in Höhe von 4,2 Milliarden Euro und der Verlust an Arbeitsproduktivität auf Grund von Krankheit und vorgezogenem Ruhestand in der Höhe von 8,4 Milliarden Euro (bei einer Diskontrate von 3 %). Es ergeben sich somit direkte und indirekte Kosten der tabakbedingten Krankheiten von insgesamt 17,3 Milliarden Euro. Umgerechnet auf alle Raucher entsprechen dem jährliche Kosten von 817 Euro für jeden Raucher. Der geschätzte Verlust an Lebenszeit liegt bei 1,5 Millionen Menschenjahren.

Ausschließlich die Kosten für das Gesundheitssystem, d. h. die direkten Kosten, werden von Ruff et al.⁹⁵ für das Jahr 1996 geschätzt. Sie gehen von 137.000 tabakbedingten Todesfällen aus und kommen zu Kosten von 16,6 Milliarden Euro.

Ausschließlich die Kosten des Produktivitätsausfalls auf Grund des Tabakkonsums, die indirekten Kosten, werden von Wegner et al.⁹⁶ mit der Friktionskostenmethode für das Jahr 1999 geschätzt. Die so berechneten Kosten betragen 4,3 Milliarden Euro (3,8 Milliarden Euro durch Arbeitsunfähigkeit, 0,3 Milliarden Euro durch Erwerbsunfähigkeit, 0,3 Milliarden Euro durch vorzeitigen Tod). Verglichen mit den 12,6 Milliarden Euro von Welte et al. kommen Wegner et al. mit der Friktionskostenmethode erwartungsgemäß zu deutlich geringeren Werten.

Einen ähnlichen Ansatz wie Welte et al. verfolgen Neubauer et al.⁹⁷ Es wird für 2003 von 114.647 tabakbedingten Todesfällen ausgegangen. Die tabakbedingten Kosten in Deutschland werden für 2003 auf 21 Milliarden Euro geschätzt. Die direkten Kosten für das Gesundheitssystem betragen 7,5 Milliarden Euro. Die indirekten Kosten der Todesfälle werden auf 4,7 Milliarden Euro geschätzt und die indirekten Kosten auf Grund von verlorener Arbeitszeit und frühzeitigem Ruhestand auf 8,8 Milliarden Euro. Der Verlust an menschlicher Lebenszeit wird auf 1,6 Millionen Menschenjahre geschätzt.

Im Jahr 1995 veröffentlichte der Ärztliche Arbeitskreis Rauchen und Gesundheit e. V. zusammen mit der Nichtraucher-Initiative Deutschland e. V. eine Berechnung der sozialen Kosten

94 Vgl. Welte, R., H.-H. König und R. Leidl: The costs of health damage and productivity loss attributable to cigarette smoking in Germany. In: *European Journal of Public Health*, Vol. 10 (1), 2000, S. 31-38.

95 Ruff, L. K., T. Vollmer, D. Nowak und A. Meyer (2000): The economic impact of smoking. In: *European Respiratory Journal* Vol. 16, S. 385-390.

96 Wegner, C., A. Gutsch, F. Hessel und J. Wasem (2005): Volkswirtschaftliche Produktivitätsverluste infolge des Rauchens – eine Analyse unter Berücksichtigung der Friktionskostenmethode. In: *Gesundheitsökonomisches Qualitätsmanagement*, Vol. 10, S. 356-363.

97 Neubauer, S., R. Welte, A. Beiche, H.-H. Koenig, K. Buesch und R. Leidl (2006): Mortality, morbidity and costs attributable to smoking in Germany; update and a 10-year comparison. In: *Tobacco Control*, 2006 (15), S. 464-471.

des Rauchens.⁹⁸ Nach dieser Kalkulation⁹⁹ belief sich der Schaden 1991 auf 12,1 Milliarden Euro durch Arbeitsunfähigkeit, 6,4 Milliarden Euro durch Übersterblichkeit, 23,1 Milliarden Euro durch Frühinvalidität.

In seinen Angaben im Jahr 2003 schätzt Adams die volkswirtschaftlichen Kosten des Rauchens auf 52 Milliarden Euro im Jahr. Davon seien 13 Milliarden Euro Krankheitskosten, und 39 Milliarden Euro würde die vernichtete Lebenserwartung kosten.¹⁰⁰ In seinen Angaben im Jahr 2010 geht Adams von 8,7 Milliarden Euro direkte Kosten und 24,9 Milliarden Euro Euro indirekte Kosten aus und kommt zu insgesamt 33,5 Milliarden Euro soziale Kosten.¹⁰¹

Diese Kosten werden mit einem Gesamtumsatz der Zigarettenindustrie im Jahr 2009 von 23,68 Milliarden Euro verglichen. Adams schlägt eine Steuer für die Zigarettenunternehmen ausschließlich auf von Minderjährigen gerauchte Zigaretten und eine Erhöhung der generellen Tabaksteuer um 30 % vor. Als dritte Maßnahme wird eine Regulierung der in Tabakprodukten enthaltenen Zusatzstoffe vorgeschlagen.¹⁰²

Die vorliegenden Studien deuten darauf hin, dass die direkten und indirekten Kosten tabakbedingter Krankheiten aktuell bei 20 bis maximal 50 Milliarden Euro pro Jahr liegen dürften. Unterschiede in den Ergebnissen der vorliegenden Studien für Deutschland lassen sich zu einem geringen Teil auch auf die unterschiedlichen Analysezeiträume zurückführen. So kommen Neubauer et al. bei einem Vergleich der vorliegenden Studien zu dem Ergebnis, dass sich zwischen 1993 und 2003 die direkten Kosten um 35,8 % erhöht haben, während die indirekten Kosten um 7,1 % gesunken sind.¹⁰³

98 Ärztlicher Arbeitskreis Rauchen und Gesundheit e. V. zusammen mit der Nichtraucher-Initiative Deutschland: Informationen zum Welt-Nichtraucher-Tag am 31. Mai 1995.

<http://www.raucherportal.de/kosten/pics/kosten.pdf>

99 Originalzahlen in DM, hier umgerechnet in Euro mit 1,95583 DM = 1 Euro.

100 Vgl. Adams, M.: Rauchen muss noch teurer werden. In: Die Zeit 5. Juni 2003 Nr. 24.

http://www.zeit.de/2003/24/Forum_Tabaksteuer

101 Vgl. Tabak-, Alkohol- und Glücksspielabhängigkeit: Soziale Kosten und wirksame Vorschläge zur Verhältnisprävention. Vortragsfolien auf dem Deutschen Suchtkongress in Tübingen, 23.09.2010.

102 Vgl. Tabak-, Alkohol- und Glücksspielabhängigkeit: Soziale Kosten und wirksame Vorschläge zur Verhältnisprävention. Vortragsfolien auf dem Deutschen Suchtkongress in Tübingen, 23.09.2010.

103 Eine ausführliche Diskussion der Ergebnisse der für Deutschland vorliegenden Studien ist zu finden in Neubauer, S., R. Welte, A. Beiche, H.-H. Koenig, K. Buesch und R. Leidl (2006): Mortality, morbidity and costs attributable to smoking in Germany; update and a 10-year comparison. In: Tobacco Control, 2006 (15). S. 464-471.

4.3 Alkohol

Eine Reihe von gesundheitlichen Schäden wird in Zusammenhang mit einer chronisch hohen Zufuhr von Alkohol gebracht: vor allem Leberschäden, aber auch Pankreatitis, Gastritis, Herzmuskelerkrankungen, Schädigungen des Gehirns, des peripheren Nervensystems, der Muskulatur und der Knochen sowie verschiedene Krebserkrankungen. Das Risiko für Bluthochdruck steigt und verschiedene Stoffwechselerkrankungen werden verstärkt. Bei einigen mit Alkohol assoziierten Krankheiten reichen bereits anhaltend mäßige Alkoholmengen aus, das Erkrankungsrisiko ansteigen zu lassen, wie bei der Leberzirrhose sowie Tumoren in dem Bereich von Mundhöhle, Rachen, Kehlkopf und Speiseröhre.¹⁰⁴

Zu den akuten gesundheitsrelevanten Folgen von Alkoholkonsum zählen auch Unfälle im Verkehr, am Arbeitsplatz und im Haushalt. Von den jährlich etwa 150.000 Verurteilungen wegen Straftaten im Straßenverkehr gehen im Jahr 2000 etwa 60 % auf Alkohol zurück.¹⁰⁵ Bezogen auf das Jahr 2007 war Alkohol bei rund 21.000 Verkehrsunfällen mit Personenschaden beteiligt, d. h. zumindest ein Fahrer oder Fußgänger hatte mehr als 0,3 Promille Alkohol im Blut. Bei diesen Unfällen verunglückten 26.594 Personen, wovon 565 starben. Dies ist ein Anteil von 11,4 % an allen Verkehrstoten.¹⁰⁶

Aggressivität, Gewalttaten, Kriminalität, Suizid und Suizidversuche treten ebenfalls in Abhängigkeit von der akuten Blutalkoholkonzentration auf. Eine hohe Zufuhr von Alkohol innerhalb kurzer Zeit kann eine Alkoholintoxikation verursachen. Alkoholkonsum kann soziale Störungen verursachen und verstärken. Diese können sich als Verlust der sozialen Anbindung, des Arbeitsplatzes und der Wohnung äußern.

Für Deutschland liegen mehrere wissenschaftlich umfassende Berechnungen der durch Alkohol verursachten Kosten vor. Diese Studien berechnen die direkten Kosten für das Gesundheitssystem und die indirekten Kosten. Die intangiblen und vor allem die begleitenden Kosten werden nicht berücksichtigt.

Bergmann und Horch¹⁰⁷ gehen für 1995 von 41.872 alkoholbedingten Todesfällen aus und schätzen die Kosten für alkoholbedingte Krankheiten für 1995 (ohne Diskontierung) auf 20,3 Milliarden Euro.

104 Vgl. hierzu im Detail Burger, M. und G. Mensink (2003): Bundes-Gesundheitssurvey: Alkohol – Konsumverhalten in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut.

105 Bühringer, G., R. Augustin, E. Bergmann, K. Bloomfield, W. Funk, B. Junge, L. Kraus, C. Merfert-Diete, H.-J. Rumpf, R. Simon und J. Töppich (2000): Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland. Band 128 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden, Nomos Verlagsgesellschaft.

106 Albrecht, M., S. Heinrich und H. Schulze (2009): Suchtmittel im Straßenverkehr – Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2009. Geesthacht: Neuland, S. 159-172.

107 Vgl. Bergmann, E. und K. Horch: Kosten alkoholassoziierter Krankheiten. Schätzungen für Deutschland.

Die Anzahl der Todesfälle durch alkoholbedingte Krankheiten wird für das Jahr 2002 auf 48.751 Fälle geschätzt. Die Behandlungs- und Rehabilitationskosten werden von Konnopka und König¹⁰⁸ für das Jahr 2002 auf 8,4 Milliarden Euro geschätzt. Die indirekten Kosten, die durch den Verlust der bezahlten Arbeitsproduktivität durch Tod (6,6 Milliarden Euro), einen früheren Ruhestand (1,6 Milliarden Euro), vorübergehend verlorene Arbeitszeit (2,2 Milliarden Euro) entstehen, liegen bei insgesamt 10,3 Milliarden Euro. Die indirekten Kosten, die durch den Verlust nicht-entlohnter Arbeit entstehen, werden auf 5,6 Milliarden Euro geschätzt. Insgesamt werden die alkoholbedingten Kosten von Konnopka und König (bei einer Diskontrate von 5 %) mit 24,4 Milliarden Euro veranschlagt.

Der Unterschied zu der Studie von Bergmann und Horch lässt sich maßgeblich auf die unterschiedliche Schätzung der Kosten durch indirekt verursachte Krankheiten zurückführen. Konnopka und König kommen hier zu 16 Milliarden Euro Kosten, während Bergmann und Horch hier nur zu 7 Milliarden Euro kommen.

Für das Jahr 1995 schätzen Bühringer et al. die direkten Kosten alkoholbedingter Krankheiten auf 8,1 Milliarden Euro und die indirekten Kosten auf 11,9 Milliarden Euro. Die Summe liegt bei knapp 20 Milliarden Euro.¹⁰⁹

Die vorliegenden Studien kommen übereinstimmend zu etwa 20 Milliarden Euro soziale Kosten des Alkoholkonsums. In diesen Studien werden nicht die Kosten berücksichtigt, die durch andere Auswirkungen des Alkoholkonsums entstehen: alkoholbedingte Unfälle, Straftaten, Kosten, die der Polizei und Justiz entstehen, Gefängniskosten, Verwaltungskosten, etc. Auch die intangiblen Kosten werden nicht veranschlagt.¹¹⁰ Daher dürfen die 20 Milliarden Euro eher eine Untergrenze darstellen.

4.4 Soziale Kosten im Vergleich

Für Deutschland kann von sozialen Kosten des Alkoholkonsums von 20 bis 30 Milliarden Euro, des Tabakkonsums von 20 bis 50 Milliarden Euro und des Glücksspielkonsums von 0,5 Milliarden Euro ausgegangen werden. Damit liegen die Kosten des pathologischen Spielverhaltens nur bei einem Bruchteil der Kosten für Alkohol oder Tabak.

Nach Hanke und John waren von allen stationären Behandlungsfällen im Jahr 1997 etwa 1,27 Millionen auf Tabak oder Alkohol zurück zu führen (tabak- oder alkoholattributable

Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert-Koch-Institut, Berlin 2002.

108 Vgl. Konnopka, A. und H.H. König: Direct and indirect costs attributable to alcohol consumption in Germany. *Pharmacoeconomics* 2007: 25 (7), 606-618.

109 Vgl. Gerhard et al. (2000), S. 133 ff.

110 Zu einem umfassenden Überblick über Umfang und Art schädlicher Auswirkungen vgl. Bühringer et al. (2000), S. 67-104.

Fälle).¹¹¹ Im Jahr 2008 haben sich zum Vergleich 1.131 pathologische Spieler in Behandlung begeben.

Von Rehm und anderen wurden die Kosten des Substanzmissbrauchs für Kanada und das Jahr 2002 sehr detailliert berechnet.¹¹² Die Autoren kommen zu den folgenden Ergebnissen: die Kosten für den Substanzmissbrauch bei Tabak betragen, umgerechnet auf die Einwohner Kanadas, pro Einwohner 362 Euro (541 kanadische Dollar), bei Alkohol 310 Euro (463 kanadische Dollar) und bei illegalen Drogen 176 Euro (262 kanadische Dollar).¹¹³ Von diesen Kosten von insgesamt 849 Euro (1267 kanadische Dollar) pro Einwohner machen die direkten Kosten, d. h. die Kosten für das Gesundheitssystem, 22 %, die indirekten Kosten, d. h. die Kosten, die durch Produktivitätsverlust entstehen, 61 %, die direkten Kosten der Rechtsdurchsetzung 14 % und andere direkte Kosten 3 % aus.

Es gibt keinen geeigneten Bewertungsansatz für ein Leben. Die intangiblen Kosten eines Todes zu bewerten, verbietet sich daher. Aber die Anzahl der auf Grund eines frühzeitigen Todes verlorenen Jahre bzw. Jahre mit einer Behinderung, gibt hier gewisse Anhaltspunkte.

Nach Schätzungen von Neubauer et al. konnten in Deutschland im Jahr 2003 dem Tabakrauchen 114.647 Tote und 1,6 Millionen verlorene Jahre (years of potential life lost) zugeschrieben werden, wobei etwa 3.300 Todesfälle durch Passivrauchen nicht enthalten sind. Auf Alkohol können nach Konnopka und König 48.571 Todesfälle zurückgeführt werden.

Rauchen ist der wichtigste Risikofaktor für Krankheitsbelastungen mit 19,2 Millionen DALY (Disability Adjusted Life Years Lost), als Summe aus verlorenen Lebensjahren YPLL (Years of Potential Life Lost) und behinderten Jahren YLD (Years Lived with Disability). Es folgt der hohe Blutdruck mit 13,8 Millionen DALY, Übergewicht mit 10,7 Millionen DALY, hohes Cholesterin mit 9,431 Millionen Daly, Alkoholkonsum mit 6,6 Millionen DALY, Bewegungsmangel mit 4,7 Millionen DALY und wenig Obst- und Gemüseaufnahme mit 4,0 Millionen DALY.¹¹⁴ Diese Zahlen für Länder mit hohem Einkommen machen deutlich, welche Bedeutung Tabak und Alkohol für die Krankheitskosten insgesamt in unserer Gesellschaft haben.

111 Vgl. Hanke, M. und U. John: Tabak- oder alkohol-attributable stationäre Behandlungen. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 2003, 128: 1387-1390.

112 Rehm, J., D. Baliunas, S. Brochu, B. Fischer, W. Gnam, J. Patra, S. Popova, A. Sarnocinska-Hart, B. Taylor in Zusammenarbeit mit E. Adlaf, M. Recel und E. Single: The Costs of Substance Abuse in Canada 2002. März 2006.
<http://www.ccsa.ca/Eng/Priorities/Research/CostStudy/Pages/default.aspx>

113 Umrechnung von kanadischen Dollar in Euro erfolgt hier mit dem Wechselkurs vom 1. Juli 2002: 1 kanadischer Dollar = 0,67 Euro.

114 Vgl. Ezzatti, M. Chapter 4. In: WHO (ed.): Global burden of disease and risk factors. Oxford University and The World Bank, S. 241-397, zitiert nach Küfner, H., Epidemiologie des Substanzkonsums und der Suchterkrankungen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt 2010, 53: 271-283.

Bei Glücksspiel ist mit einer gewissen Mortalität zu rechnen, doch diese dürfte bedeutend kleiner ausfallen, als bei Tabak und Alkohol. Bei pathologischem Glücksspiel gibt es eine erhöhte Mortalität durch Suizide, ähnlich hoch wie bei Alkoholikern auch, aber keine organischen Schäden, die zu einem Tod führen, wie bei Tabak und Alkohol.

Außerdem gibt es bedeutend mehr Nikotinabhängige und Alkoholabhängige als pathologische Glücksspieler in der deutschen Bevölkerung. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren geht, basierend auf der Suchthilfestatistik, von alkoholbezogenen Störungen nach den Diagnosekriterien DSM-IV bei 1,3 Millionen Abhängige und 2,0 Millionen missbräuchlich Konsumierenden aus. Bei Tabak sind es 3,8 Millionen Abhängige Konsumenten. Bei Glücksspiel nach den vorliegenden epidemiologischen Studien zwischen 100.000 und vielleicht 300.000.¹¹⁵

Tab. 5: Soziale Kosten im Vergleich

| „Substanz“ | Tabak | Alkohol | Glücksspiel |
|---|-----------------|-----------------|-------------------|
| Krankheitsbedingte Todesfälle pro Jahr | 114.00-137.000 | 50.000 | |
| Direkte und indirekte Kosten | 20-50 Mrd. Euro | 20-30 Mrd. Euro | 0,1-0,5 Mrd. Euro |

Quelle: Eigene Zusammenstellung

An diesen Zahlen wird sehr deutlich, dass bei einem vergleichbaren Rechnungsansatz die Kosten bei pathologischem Glücksspiel immer nur einen Bruchteil der Kosten bei Tabak und Alkohol betragen können.

115 Vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren (DHS): Tabak und Alkohol.
<http://www.dhs.de/datenfakten/tabak.html> und <http://www.dhs.de/datenfakten/alkohol.html>

5 Umfang und Bedeutung eines pathologischen Spielverhaltens in Deutschland

In diesem Kapitel wird zuerst auf die Definition und Abgrenzung des pathologischen Spielverhaltens eingegangen. Dann wird die Verbreitung der einzelnen Formen des Glücksspiels in der Bevölkerung vorgestellt. In einem letzten Abschnitt dieses Kapitels, in dem auf die Bedeutung des pathologischen Spielverhaltens bei den einzelnen Formen des Glücksspiels eingegangen wird, werden die Grundlagen für die Berechnung der sozialen Kosten bei den einzelnen Formen des Glücksspiels gelegt.

5.1 Pathologisches Spielverhalten: Definition und Behandlung

Unter „Pathologischem Glücksspielverhalten“ wird ein Syndrom psychopathologischer Störungen nach den Kriterien der Klassifikationssysteme ICD-10 (International Classification of Diseases in der zehnten Fassung) und DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders in der vierten Fassung) verstanden. Diese beiden Klassifikationssysteme haben von der Konzeption her relativ ähnliche, im Detail aber unterschiedlich ausführliche Leitlinien für die Klassifikation gestörten Spielverhaltens.¹¹⁶

Das DSM definiert das pathologische Glücksspielen als Störung der Impulskontrolle, die nicht andernorts klassifiziert ist. Das pathologische Glücksspielverhalten wird als chronisch-rezidivierendes, maladaptives Glücksspielverhalten charakterisiert, das zumindest fünf von 10 diagnostischen Kriterien erfüllen muss. Diese beschreiben spielbedingte psychopathologische Symptome auf der Verhaltens-, kognitiven und emotionalen Ebene. Gleichzeitig muss differentialdiagnostisch das Vorliegen einer manischen Episode ausgeschlossen sein.¹¹⁷

Innerhalb des ICD-10 wird Pathologisches Glücksspielverhalten im Rahmen der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen als eine Form der abnormen Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle eingeordnet. Zur Klassifikation des pathologischen Glücksspielverhaltens selbst wird angegeben, dass das Glücksspiel die Lebensführung der betroffenen Personen beherrscht und zum Verfall der sozialen, beruflichen, materiellen und familiären Werte und Verpflichtungen führt. ICD-10 schließt differentialdiagnostisch die Diagnose für pathologisches Glücksspielverhalten aus, wenn eine auch exzessiv spielende Person ihr Verhalten selbsttätig einschränkt, sobald es zu negativen Auswirkungen führt oder bei einem exzessivem Spielen

116 Vgl. Institut für Therapieforschung (IFT) München: Kriterien für pathologisches Glücksspielverhalten. <http://ift.de/index.php?id=225> und die dort angegebene Literatur: Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.). (2005). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern, 5. Auflage: Huber und Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (1998). Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM IV. Göttingen: Hogrefe. <http://ift.de/index.php?id=225>

117 Vgl. Institut für Therapieforschung (IFT) München: Kriterien für pathologisches Glücksspielverhalten. <http://ift.de/index.php?id=225>

manischer Patienten und bei Personen mit soziopathischer Persönlichkeit, da es in diesen Fällen lediglich ein Symptom einer anderen Störung darstellt.

Tab. 6: Definition pathologisches Spielverhalten nach ICD-10 und DSM-IV

| ICD-10 | DSM-IV |
|---|---|
| F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen F63 Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle F63.0 Pathologisches Glücksspielen | 312. Störungen der Impulskontrolle, nicht andernorts klassifiziert 312.31 Pathologisches Glücksspielen |
| Diagnostische Leitlinien | Diagnostische Leitlinien |
| Dauerndes, wiederholtes Spielen Anhaltendes und oft noch gesteigertes Spielen trotz negativer sozialer Konsequenzen, wie <ul style="list-style-type: none"> • Verarmung • gestörte Familienbeziehungen • Zerrüttung der persönlichen Verhältnisse | A Andauerndes und wiederkehrendes, fehlangepasstes Spielverhalten, was sich in mindestens fünf der folgenden Merkmale ausdrückt <ol style="list-style-type: none"> 1. Starke Eingenommenheit vom Glücksspiel (z. B. starke gedankliche Beschäftigung mit Geldbeschaffung) 2. Steigerung der Einsätze, um gewünschte Erregung zu erreichen 3. Wiederholte erfolglose Versuche, das Spiel zu kontrollieren, einzuschränken oder aufzugeben 4. Unruhe und Gereiztheit beim Versuch, das Spiel einzuschränken oder aufzugeben 5. Spielen, um Problemen oder negativen Stimmungen zu entkommen 6. Wiederaufnahme des Glücksspiels nach Geldverlusten |
| | <ol style="list-style-type: none"> 7. Lügen gegenüber Dritten, um das Ausmaß der Spielproblematik zu vertuschen 8. Illegale Handlungen zur Finanzierung des Spielens 9. Gefährdung oder Verlust wichtiger Beziehungen, von Arbeitsplatz und Zukunftschancen 10. Hoffnung auf Bereitstellung von Geld durch Dritte |

Quelle: Diagnostische Leitlinien für Pathologisches Glücksspielen in ICD (Dilling et al., 2005) und DSM (Safß et al., 1998) nach Institut für Therapieforchung (IFT) München. (<http://ift.de/index.php?id=225>)

Nach der Suchthilfestatistik¹¹⁸ wurde im Jahr 2008 bei 4.679 Patienten in ambulanten und stationären Einrichtungen die Hauptdiagnose pathologisches Spielen gestellt. Es sind wesentlich mehr Männer von pathologischem Spielen betroffen als Frauen. Im Jahr 2009 wurde nach der Suchthilfestatistik¹¹⁹ bei 6.740 Klienten in ambulanten und stationären Einrichtungen die Hauptdiagnose pathologisches Glücksspiel gestellt. Meyer rechnet diese Zahlen hoch auf alle Suchtberatungseinrichtungen und kommt für das Jahr 2008 zu etwa 7.300 Patienten in ambulanten und etwa 1.100 Patienten in stationären Einrichtungen.¹²⁰

5.2 Spielteilnahme in der Bevölkerung

Bei einer gesellschaftlichen Kosten-Nutzen Analyse des Glücksspiels wären die Kosten, die der Gesellschaft entstehen, dem Nutzen gegenüber zu stellen. Der Nutzen auf der Nachfrageseite ergibt sich durch den Nutzen, den der Konsum mit sich bringt. Nicht jeder Konsum von Glücksspielen ist pathologisch. Der Nutzen, den die einzelnen Glücksspielformen mit sich bringen, ist ganz unterschiedlich und hängt ab von der Anzahl der Verbraucher, die die jeweilige Form des Glücksspiels konsumieren.

Die erste epidemiologische Studie für Deutschland wurde durchgeführt von Buth und Stöver¹²¹. Im Auftrag des Bremer Instituts für Drogenforschung befragte das Meinungsforschungsinstitut TNS Infratest Sozialforschung GmbH im November und Dezember 2006 insgesamt 7.980 in Deutschland lebende Personen im Alter von 18 bis 65 Jahren zu ihrem Glücksspielverhalten. Die Befragung erfolgte bei der Hälfte der Personen per Telefon und bei der anderen Hälfte per Internet. Die Ergebnisse wurden gewichtet. Die gewichtete Gesamtstichprobe betrug 7.981 Personen.

Im Laufe des zurückliegenden Jahres hatten 39,2 % aller Befragten mindestens einmal an einem Glücksspiel teilgenommen. Etwa ein Drittel der Befragten hatten dabei Lotto gespielt. An zweiter Stelle liegen Rubbellose mit 11,6 %. Es folgen die Glücksspirale mit 6,4 % und die Klassenlotterien mit 4,5 %. An Sportwetten haben in dem zurückliegenden Jahr 4,5 % der erwachsenen Bevölkerung teilgenommen. Das Spielen an Spielautomaten folgt mit 3,4 % und die Casinospiele folgen mit 2,7 %. Pferdewetten haben mit 0,6 % kaum eine Bedeutung. Für die Fernsehlotterien liegen keine Angaben vor.

118 Steppan, M., A. Hildebrand, L. Wegmann und T. Pfeiffer-Gerschel: Jahresstatistik 2008 der professionellen Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Institut für Therapieforchung, München o. J., S. 49.

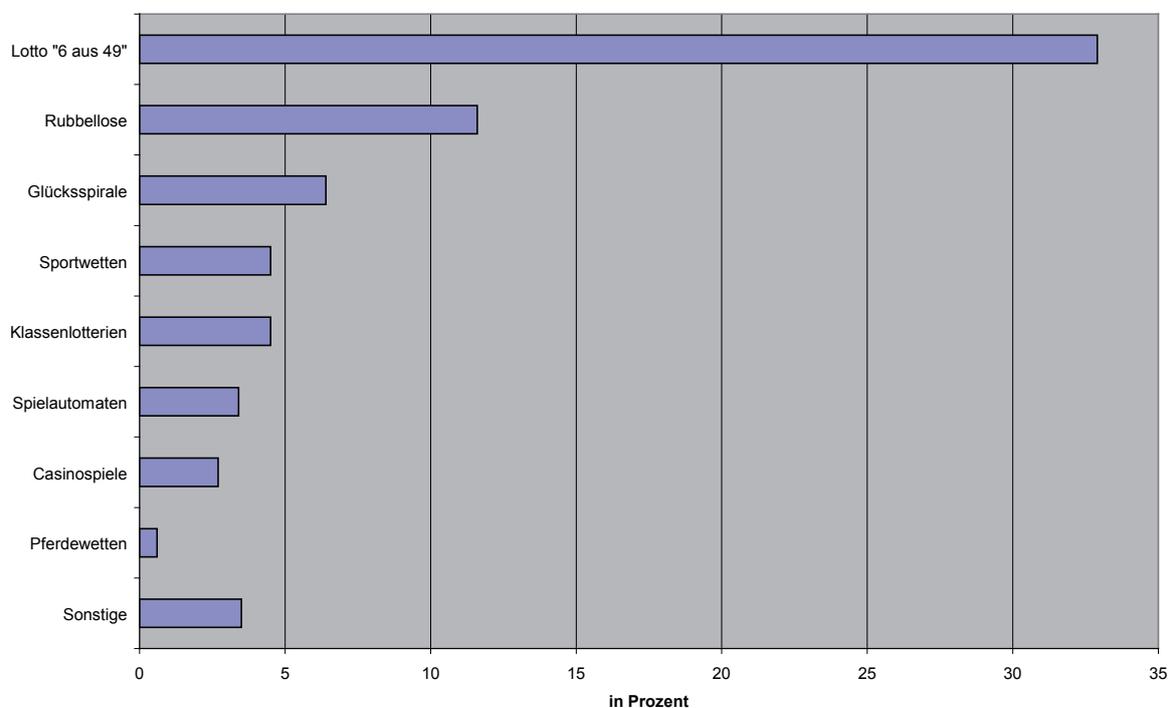
119 Steppan, M., J. Künzel, T. Pfeiffer-Gerschel: Suchtkrankenhilfe in Deutschland 2009: Jahresbericht der deutschen Suchthilfestatistik (DSHS). IFT Institut für Therapieforchung, München, Oktober 2010, S. 44. http://www.suchthilfestatistik.de/Downloads/Jahresbericht_DSHS.pdf

120 Vgl. Meyer, G.: Glücksspiel – Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) e.V. (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2010, Geesthacht: Neuland Verlag, 2010, S. 127 ff.

121 Buth, S. und H. Stöver (2008): Glücksspielteilnahme und Glücksspielprobleme in Deutschland: Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativbefragung. In: Suchttherapie 2009, Heft 9, S. 3-11.

Auch zu der multiplen Spielteilnahme liegen bei dieser Stichprobe Angaben vor. Der folgenden Tabelle liegt die gewichtete Stichprobe zu Grunde. In der Diagonale der Tabelle ist der Anteil der Spieler angegeben, der jeweils nur eine Form des Glücksspiels gespielt hat.

Abb. 3: Teilnahme der deutschen Bevölkerung an Glücksspielen in dem zurückliegenden Jahr



Quelle: Buth, S. und H. Stöver (2008): Glücksspielteilnahme und Glücksspielprobleme in Deutschland: Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativbefragung. In: Suchttherapie 2009 Heft 9, S. 7.

Bei den Personen, die im vergangenen Jahr Lotto gespielt haben, d. h. bei den Lottospielern, haben 46,3 % im vergangenen Jahr ausschließlich Lotto gespielt. Nur ein vergleichsweise geringer Teil der Lottospieler spielt auch Sportwetten (11 %). Bei den Spielern an Spielautomaten sind dies mehr als doppelt so viele (27,2 %) und bei Casinospielern sogar dreimal so viele (33,2 %).

Tab. 7: Multiple Teilnahme am Glücksspiel im zurückliegenden Jahr

| | Lotto | Sportwetten | Spielautomaten | Casinospiele |
|----------------|---------------|--------------|----------------|--------------|
| Lotto | 46,3 % | 79,8 % | 78,6 % | 81,1 % |
| Sportwetten | 11,0 % | 9,5 % | 27,2 % | 33,2 % |
| Spielautomaten | 8,1 % | 20,2 % | 5,4 % | 34,2 % |
| Casinospiele | 6,5 % | 19,3 % | 26,7 % | 7,2 % |
| Anzahl Spieler | 2.557 | 353 | 263 | 205 |

Quelle: Stöver, H. (2006): *Das Zahlenlotto und andere Glücksspiele in Deutschland: Ergebnisse einer repräsentativen Untersuchung zur Teilnahme und Problemlage des Spielens um Geld*, Tabelle 4, S. 29.

Von den Lottospielern spielen deutlich weniger an Spielautomaten (8,1 %), als bei den Sportwettlern (20,2 %) oder Casinospielern (34,2 %). Auch nehmen Lottospieler kaum an Casinospielen teil (6,5 %). Bei den Sportwettlern sind dies dreimal so viele (19,3 %) und bei den Automatenspielern mehr als viermal so viele (26,7 %). Dies macht deutlich, dass es sich bei den Lottospielern um ein von anderen Glücksspielformen getrenntes Segment von Kunden handelt.

Eine zweite epidemiologische Studie wurde von Bühringer et al. durchgeführt.¹²² Die Stichprobe betrug 7.817 Personen zwischen 18 und 64 Jahren aus dem Epidemiologischen Suchtsurvey 2006. Alle Personen, die innerhalb der letzten 12 Monate zumindest einmal ein Glücksspiel gespielt haben, wurden gebeten, das jeweils von ihnen präferierte Spiel anzugeben.

Nach dieser Studie haben in dem letzten Jahr an einem Glücksspiel 49,4 % teilgenommen. An Lotto / Toto / Keno haben im letzten Jahr 38 % der Befragten teilgenommen und an Quicky 1,4 %. Bühringer et al. machen keine Angaben zu den Rubbellosen und zu der Glücksspirale. An Fernsehlotterien haben 10,4 % der Befragten in den letzten zwölf Monaten teilgenommen und an Klassenlotterien 5,7 %. Bei Sportwetten wird unterschieden zwischen Annahmestellen (2,8 %), Internet (1,6 %) und Pferdewetten (0,7 %). An Geldspielautomaten haben 2,7 % der Befragten und an Glücksspielautomaten 1 % der Befragten gespielt. An dem sogenannten Großen Spiel haben 2 % teilgenommen, bei Internetspielcasinos haben 0,2 % gespielt und Internetspielkartenspiele haben 0,4 % gespielt.

Die aktuellste epidemiologische Studie, die derzeit vorliegt, kommt für 2009 von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).¹²³ Diese hat im Jahr 2009 und im Jahr 2007

122 Vgl. Bühringer, G., L. Kraus, D. Sonntag, T. Pfeifer-Gerschel und S. Steiner: Pathologisches Glücksspiel in Deutschland: Spiel und Bevölkerungsrisiken. In: Sucht 2007, 53 (5), S. 296-308.

123 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Glücksspielverhalten in Deutschland 2007 und 2009. Ergebnisse aus zwei repräsentativen Bevölkerungsbefragungen. Ergebnisbericht Januar 2010.

jeweils eine bevölkerungsweite Befragung zum Glücksspielverhalten sowie zu glücksspielbezogenen Problemen durchgeführt. An den Untersuchungen nahmen insgesamt n=10.001 (2007) und n=10.000 (2009) Personen im Alter von 16 bis 65 Jahren teil. Die Datenerhebung erfolgte mit computergestützten Telefoninterviews (CATI).

In der Befragung der BZgA von 2009 gaben 53,8 % der 16- bis 65-jährigen an, im letzten Jahr mindestens einmal irgendein Glücksspiel gespielt zu haben. Im Jahr 2007 waren es 55,0 %. Die Änderung ist statistisch nicht signifikant. Ein Glücksspiel ohne privates Glücksspiel, Quizsendungen und Börse haben 49,6 % gespielt. Diese Zahlen liegen über den Zahlen, die Buth und Stöver gefunden haben. Dies kann an der Altersgruppe der 16- bis 18-jährigen liegen, die in den beiden anderen Untersuchungen nicht berücksichtigt wurden, oder an der Klassifikation der Glücksspielformen. Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass etwa **50 % der deutschen Bevölkerung zwischen 18 und 65 Jahren an irgendeinem Glücksspielen in dem letzten Jahr teilgenommen hat.**

Ein Vergleich der Ergebnisse der BZgA für das Jahr 2007 und das Jahr 2009 zeigt Veränderungen an. Ein signifikanter Anstieg der 12-Monatsprävalenz ist bei der Lotterie „6 aus 49“, bei Spiel 77 und Super 6 zu verzeichnen. Dieser Anstieg wird von einer signifikanten Verringerung der 12-Monatsprävalenz bei Sofortlotterien (einschließlich Rubbellosen) und insbesondere Klassenlotterien begleitet. Dies bestätigt die Substitutionsbeziehungen zwischen Lotto und den Klassenlotterien.

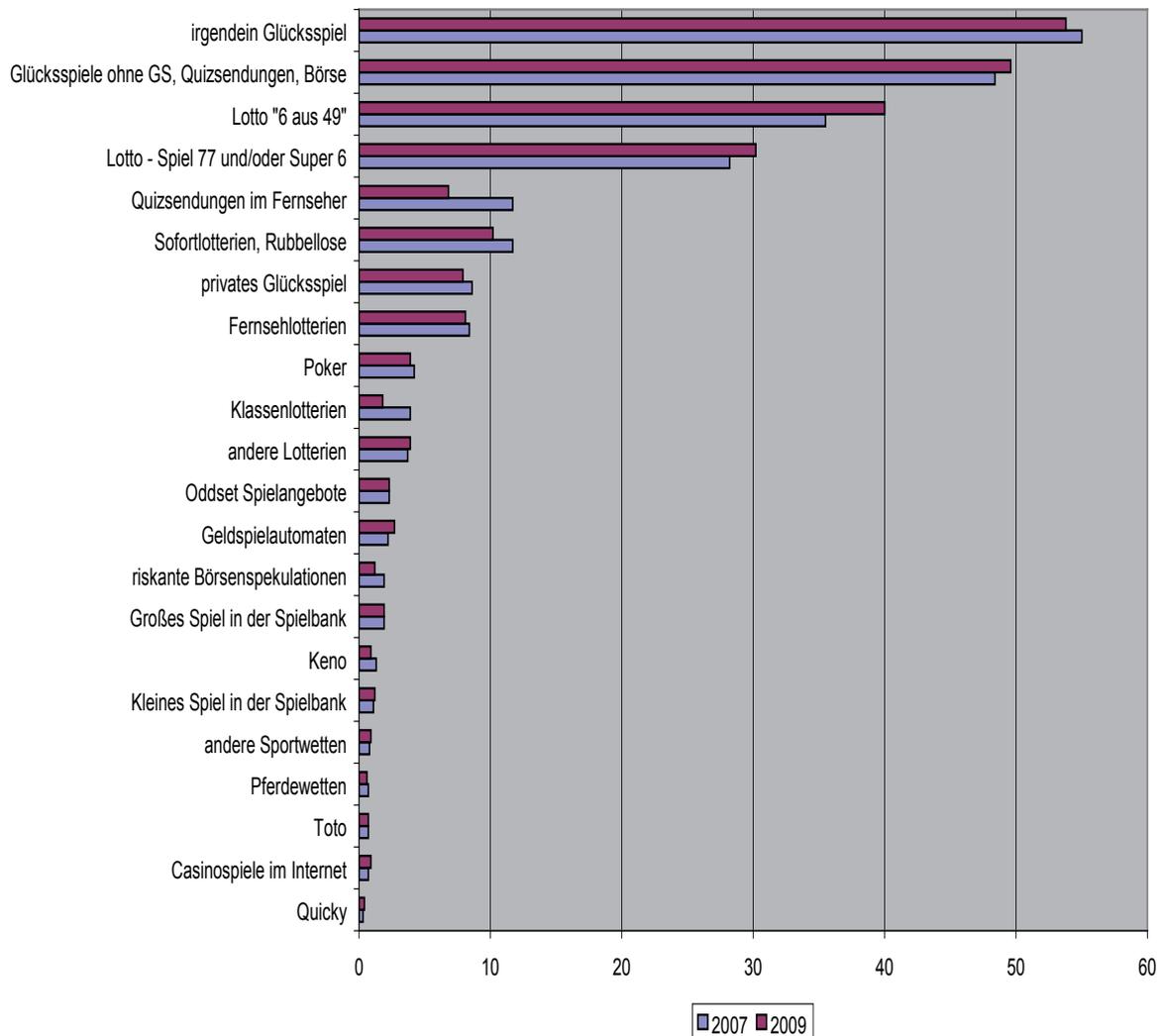
Die 12-Monatsprävalenz liegt für Lotto im Jahr 2009 bei 40 % und damit deutlich über der von 2007 mit 35,5 %, welches Ergebnis seinerseits mit dem Ergebnis der beiden anderen Studien weitgehend übereinstimmt.

Die 12-Monatsprävalenz bei den anderen Lotterien liegt für 2009 nach Angaben der BZgA bei Spiel 77 und/oder Super 6 bei 30,2 %, bei den Fernsehlotterien bei 8,1 % und bei den Klassenlotterien bei 1,8 % nach 3,8 % in 2007. Bei den Sofortlotterien bzw. Rubbellosen liegt die 12-Monatsprävalenz bei 10,2 %, bei Quicky bei 0,4 %, bei Keno bei 0,9 % sowie bei anderen Lotterien bei 3,9 %. Dies zeigt deutlich, dass Spieler einer Lotterie auch andere Lotterien spielen.

Der Anteil der deutschen erwachsenen Bevölkerung zwischen 18 und 65 Jahren, der an irgendeiner **Lotterie** in den letzten zwölf Monaten teilgenommen hat, dürfte fast genauso hoch ausfallen, wie der Anteil, der überhaupt ein Glücksspiel gespielt hat, und bei etwa 48 % liegen.

Auch Quizsendungen im Fernsehen und riskante Börsenspekulationen haben signifikant an Bedeutung verloren. Die signifikante Verringerung bei Keno dürfte auf die Einführung der Kundenkarte zurückzuführen sein.

Abb. 4: Teilnahme an Glücksspielen im Jahr 2007 und 2009 (in Prozent der Bundesbürger)



Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Glücksspielverhalten in Deutschland 2007 und 2009: Ergebnisse aus zwei repräsentativen Bevölkerungsbefragungen. Ergebnisbericht Januar 2010.

Der signifikante Anstieg bei den Geldspielautomaten dürfte in der gestiegenen Attraktivität dieser Geräte durch die Umstellung auf neue Geräte im Rahmen der Umsetzung der Spielverordnung von 2005 liegen.

Nach Angaben der BZgA für das Jahr 2009 lag die 12-Monatsprävalenz bei dem Automaten-spiel in Spielbanken bei 1,2 % und bei Geldspielautomaten bei 2,7 %. Letztere ist im Vergleich zu 2007 mit 2,2 % statistisch signifikant gestiegen. Die Zahl für Geldspielautomaten ist etwas geringer als die Zahlen der beiden anderen Studien. Für **Geldspielautomaten kann von einer 12-Monatsprävalenz von 3 % und für Glücksspielautomaten von einer 12-Monatsprävalenz von 1,2 % ausgegangen werden.**

An Pferdewetten haben in den vergangenen zwölf Monaten 0,6 %, an Toto 0,7 %, an anderen Sportwetten 0,9 % und an Oddset-Spielangeboten, d. h. Sportwetten mit Festquoten, 2,3 % teilgenommen. Wegen einer multiplen Spielteilnahme lassen sich diese Zahlen nicht einfach zusammenrechnen. Wenn die Zahlen der BZgA über die Spielteilnahme in Prozent bei den einzelnen Spielformen zusammengezählt werden, ergibt sich wegen der multiplen Spielteilnahme eine Zahl von 126,5 %. Wenn davon ausgegangen wird, dass ein Sportwetter im Durchschnitt auch an 1,265 unterschiedlichen Formen der Sportwette teilnimmt, ergibt sich eine Spielteilnahme an Sportwetten insgesamt von 3,56 %. Angesichts der höheren Zahlen der beiden anderen Studien soll hier von etwa **3,8 % der Bevölkerung** ausgegangen werden, **die in den letzten zwölf Monaten an Sportwetten teilgenommen haben**.

Die 12-Monatsprävalenz bei dem Großen Spiel in Spielbanken liegt für 2009 bei 1,9 % und für Casinospiele im Internet bei 0,9 %. Poker hat mit 3,9 % einen vergleichsweise hohen Wert. Wenn dieses zu den Casinospiele gerechnet wird, wäre von einer **12-Monatsprävalenz von rund 3 % für Casinospiele ohne Poker und von rund 6 % für Casinospiele einschließlich Poker** auszugehen.

Über den **Umsatz bei Lotterien** (Lotterien des Deutschen Lotto- und Totoblocks, Klassen- und Fernsehlotterien sowie Gewinn- und PS-Sparen) liegen verlässliche Angaben vor. Dieser Umsatz betrug **im Jahr 2008 etwa 8,468 Milliarden Euro**.¹²⁴

Der Umsatz bei der Sportwette Oddset liegt im Jahr 2008 bei 0,208 Milliarden Euro. Hierzu wären die Umsätze bei den ausländischen Anbietern hinzuzuzählen. Hierüber liegen keine verlässlichen Zahlen vor.

Nach den Angaben der BZgA haben, nach einer Korrektur um die Mehrfachteilnahme, in dem letzten Jahr 3,56 % aller Befragten an Sportwetten teilgenommen. Unter Berücksichtigung der anderen epidemiologischen Studien soll hier von 3,8 % ausgegangen werden. Bei einer Bevölkerung (zwischen 16 und 65 Jahren) von 51,6 Millionen Bundesbürgern¹²⁵ sind dies 1,96 Millionen Bundesbürger. Dem Geschäftsbericht von Bwin¹²⁶ ist zu entnehmen, dass Bwin 1,754 Millionen aktive Sportwettkunden hat. Der Bruttospielertrag von Bwin bei Sportwetten beträgt 226,307 Millionen Euro.¹²⁷ Hieraus ergibt sich ein Bruttospielertrag (BSE) pro „aktivem Sportwetter“ von 129,02 Euro pro Jahr. Bei einer Sportwetten-Marge von 7,4 %¹²⁸ ergibt sich ein durchschnittlicher Einsatz eines „aktiven Sportwetters“ pro Jahr von etwa 1.750 Euro.

124 Vgl. zu den offiziellen Umsätzen Meyer, G.: Glücksspiel – Fakten und Zahlen. In Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren (DHS): Jahrbuch Sucht 2010. Geesthacht: Neuland Verlag, 2010, S. 122-123.

125 Statistisches Bundesamt: Statistisches Jahrbuch 2010, S. 42.

126 Geschäftsbericht 2009, S. 29.

127 Geschäftsbericht 2009, S. 3.

128 Geschäftsbericht 2009, S. 3.

Wenn jeder der 1,96 Millionen Bundesbürger ein „aktiver Sportwetter“ wäre und 1.750 Euro pro Jahr für Sportwetten ausgeben würde, wäre dies **ein Umsatz bei Sportwetten im Jahr 2008 von etwa 3,4 Milliarden Euro**.

Tab. 8: Umsatz, Anzahl der Spieler und Umsatz pro Spieler bei Glücksspielen

| | Umsatz | Anzahl der Spieler | Umsatz pro Spieler |
|----------------------|----------------|--------------------|--------------------|
| Lotterien | 8.468.200.000 | 24.768.000 | 341,90 |
| Sportwetten | 3.400.000.000 | 1.960.000 | 1.750,00 |
| Casinospiele | 3.565.809.129 | 3.096.000 | 1.151,75 |
| | | | |
| Glücksspielautomaten | 5.964.190.871 | 619.200 | 9.632,09 |
| Geldspielautomaten | 8.125.000.000 | 1.548.000 | 5.248,71 |
| | | | |
| Summe | 29.523.200.000 | 31.991.200 | |

Quelle: Eigene Berechnungen

Diese Zahl über den Umsatz auf dem Markt für Sportwetten dürfte immer noch über dem tatsächlichen Umsatz liegen. Es ist nämlich davon auszugehen, dass die deutschen Bundesbürger, die in den letzten zwölf Monaten an einer Sportwette teilgenommen haben, pro Kopf im Durchschnitt deutlich weniger ausgeben, als die „aktiven Sportwetter“ (aktive Kunden von Bwin). Andererseits ist davon auszugehen, dass ein Sportwetter eventuell nicht nur bei einem Anbieter wettet. Doch dieser Effekt dürfte relativ gering im Vergleich zu dem ersten Effekt ausfallen. Die Schätzung von 3,4 Milliarden Euro ist daher als eine Obergrenze für den tatsächlichen Umsatz anzusehen.

Der Umsatz der Casinospiele errechnet sich aus dem Umsatz der Spielbanken in der Höhe von 8,030 Milliarden Euro durch die Aufteilung dieses Betrags auf das Große Spiel und das Kleine Spiel, d. h. die Glücksspielautomaten. Der Bruttospielertrag der Spielbanken teilt sich zu 75 % in das Kleine Spiel und zu 25 % in das Große Spiel auf.¹²⁹ Wenn dies auch für den Umsatz unterstellt wird, so liegt der **Umsatz bei den Glücksspielautomaten bei 5,964 Milliarden und bei den Casinospielen bei 2,066 Milliarden Euro**. Hierzu wären die Onlinecasinos und Onlinepoker hinzuzurechnen. Über die Umsätze auf diesem illegalen Markt liegen keine Angaben vor. Es soll hier von 1,5 Milliarden Euro ausgegangen werden, womit dieser Markt von den Umsätzen her halb so groß wäre wie der Umsatz auf dem Sportwettmarkt. Doch hier handelt es sich um eine sehr ungenaue Schätzung. Insgesamt würde sich ein **Umsatz bei Casinospielen von 3,566 Milliarden Euro** ergeben.

129 Vgl. Meyer, G.: Glücksspiel – Fakten und Zahlen. In Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren (DHS): Jahrbuch Sucht 2010. Geesthacht: Neuland Verlag, 2010, S. 126.

Der **Umsatz bei den Geldspielautomaten liegt bei 8,125 Milliarden Euro** und entspricht damit dem bei den Lotterien.¹³⁰

Die Anzahl der Spieler ergibt sich aus den Prozentangaben aus den drei epidemiologischen Studien über die 12-Monatprävalenz multipliziert mit der Bevölkerung von 51,6 Millionen erwachsenen Personen zwischen 16 und 65. Etwa 25 Millionen Bürger haben im letzten Jahr an Lotterien teilgenommen, etwa zwei Millionen Spieler an Sportwetten, etwa drei Millionen Spieler an Casinospiele, 0,620 Millionen Spieler an Glücksspielautomaten und 1,5 Millionen an Geldspielautomaten.

Der Umsatz pro Spieler errechnet sich aus dem jeweiligen Gesamtumsatz dividiert durch die Anzahl der jeweiligen Spieler. Dieser Umsatz liegt bei den Lotteriespielern bei 342 Euro pro Jahr. Ein Lotteriespieler gibt also diesen Betrag im Jahr im Durchschnitt für Lotterien aus. Die durchschnittlichen Ausgaben eines Sportwettlers wurden entsprechend dem Geschäftsbericht von Bwin auf 1.750 Euro geschätzt. Der Betrag für jeden Spieler, der im letzten Jahr an Casinospiele einschließlich Poker und anderen Casinospiele im Internet teilgenommen hat, liegt bei 1.150 Euro im Jahr. Bei Glücksspielautomaten sind dies 9.632 pro Jahr oder 803 Euro im Monat. Für das Spielen an Geldspielautomaten werden durchschnittlich 5.250 Euro oder 437 Euro im Monat ausgegeben.

5.3 Umfang des pathologischen Spielverhaltens bei den einzelnen Formen des Glücksspiels

Das Ziel der vorliegenden epidemiologischen Untersuchungen liegt weniger darin, die Teilnahme an Glücksspielen in der Bevölkerung zu erheben, sondern darin, die Häufigkeit des pathologischen Spielens in der Bevölkerung zu messen.

In der Studie von Buth und Stöver wurden die Personen, die mindestens einmal wöchentlich spielen oder mehr als 50 Euro im Monat bei einer der Glücksspielarten ausgeben, gebeten, einen Test (basierend auf DSM-IV) zur Bestimmung eines möglichen pathologischen Spielverhaltens zu absolvieren.

Nach den Untersuchungen von Buth und Stöver kann bei 45 Personen oder 0,56 % der befragten Personen der gewichteten Stichprobe in Bezug auf das zurückliegende Jahr von einem pathologischen Spielverhalten nach den DSM-IV Kriterien (fünf oder mehr der Kriterien sind erfüllt) und bei 51 Personen oder 0,64 % von einem problematischen Spielverhalten (drei oder vier der Kriterien sind erfüllt) gesprochen werden.

130 Vgl. Meyer, G.: Glücksspiel – Fakten und Zahlen. In Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren (DHS): Jahrbuch Sucht 2010. Geesthacht: Neuland Verlag, 2010, S. 124. Dieser Umsatz wird von Meyer aus einem Bruttospielertrag (Kasseninhalt) von 3,25 Milliarden Euro und einer Ausschüttungsquote von 60 % berechnet.

Der Abfrage der diagnostischen Kriterien des DSM-IV wurde im Fragebogen von Bühringer et al. eine Screeningfrage vorangestellt, so dass nur Personen, die angaben, im vergangenen Jahr mehr als 50 Euro pro Monat eingesetzt zu haben, die Fragen beantworteten. In der untersuchten Stichprobe wiesen 14 Personen ein pathologisches Spielverhalten und 21 Personen ein problematisches Spielverhalten auf. Nach den Ergebnissen dieser Befragung liegt die Prävalenz für pathologisches Glücksspiel in der Bevölkerung bei 0,18 % und die Prävalenz für problematisches Spielverhalten bei 0,27 %. Wenn differentialdiagnostisch das Vorliegen einer manischen Episode ausgeschlossen wird, kommen Bühringer et al. zu etwa halb so hohen Zahlen.

Die Ergebnisse der beiden Studien liegen mit einer Prävalenzrate für pathologisches Spielverhalten von 0,18 % bzw. 0,56 % und für problematisches Spielverhalten von 0,27 % bzw. 0,64 % deutlich auseinander. Dies ist vor allem auf die geringen Fallzahlen zurückzuführen.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung kommt in der epidemiologischen Studie von 2007 zu einer Prävalenzrate von pathologischem Spielverhalten eher im unteren Bereich, in der Untersuchung von 2009 eher im oberen Bereich. Es wurden Verhaltensdaten zu 19 verschiedenen Formen des Glücksspiels erfasst. Einstellungen und Überzeugungen hinsichtlich des Glücksspiels wurden mit der Gambling Attitudes and Beliefs Scale erhoben. Es wurde der South Oaks Gambling Screen (SOGS) zur Klassifizierung pathologischen und problematischen Glücksspiels eingesetzt.

Tab. 8: Prävalenzschätzungen auf Grund epidemiologischer Studien

| | Buth und Stöver ¹ | Bühringer et al. ² | Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ³ | Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ⁴ |
|------------------------|--|--|--|--|
| Zeitraum der Befragung | November bis Dezember 2006 | basierend auf Daten des Epidemiologischen Suchtsurvey ESA 2006 | August bis November 2007 | März bis Mai 2009 |
| Anzahl der Befragten | 7.980 | 7.817 | 10.001 | 10.000 |
| Alter | 18-65 Jahre | | 16-65 Jahre | 16-65 Jahre |
| Prävalenz | 0,56 % oder 45 path. Spieler 0,64 % oder 51 probl. Spieler nach DSM-IV Kriterien | 0,18 % oder 14 path. Spieler 0,27 % oder 21 probl. Spieler nach DSM-IV Kriterien | 0,2 % path. Spieler 0,4 % probl. Spieler nach South Oaks Gambling Screen | 0,45 % oder 42 path. Spieler 0,64 % oder 47 probl. Spieler nach South Oaks Gambling Screen |

¹ Buth, S. und H. Stöver (2008): Glücksspielteilnahme und Glücksspielprobleme in Deutschland: Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativbefragung. In: Suchttherapie 2009, Heft 9, S. 3-11.

² Bühringer, G., L. Kraus, D. Sonntag, T. Pfeifer-Gerschel und S. Steiner: Pathologisches Glücksspiel in Deutschland: Spiel und Bevölkerungsrisiken. In: Sucht 2007, 53 (5), S. 296-308.

³ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Glücksspielverhalten und problematisches Glücksspielen in Deutschland 2007, Ergebnisbericht 2008.

⁴ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Glücksspielverhalten in Deutschland 2007 und 2009, Ergebnisbericht 2010.

In der Untersuchung im Jahr 2007 kommt die BZgA zu dem Ergebnis, dass bei 0,2 % aller Befragten das Glücksspiel als wahrscheinlich pathologisch und bei 0,4 % der Befragten als wahrscheinlich problematisch einzustufen ist. In der Untersuchung im Jahr 2009 liegen diese Zahlen bei 42 pathologischen Spielern bzw. 0,45 % der Befragten und 47 problematischen Spielern bzw. 0,64 % der Befragten. Das 95 %-Konfidenzintervall für die pathologischen Spieler reicht von 0,27 % bis 0,62 %.

Während Buth und Stöver sowie Bühringer et al. nach DSM-IV klassifizieren, findet in der Untersuchung der BZgA der SOGS Anwendung. Es ist bekannt, dass der SOGS dazu neigt, das wahre Ausmaß der Spielprobleme zu überschätzen. Die Ergebnisse sind daher nur unter Abstrichen mit den Ergebnissen der beiden anderen Studien zu vergleichen.

Alle vorliegenden Prävalenzschätzungen, sowohl auf Grund der Therapienachfrage als auch auf Grund epidemiologischer Studien,¹³¹ kommen zu einer Prävalenzrate pathologischen Spielverhaltens im Bereich von 0,17 % bis 0,56 %.¹³² Wenn diese Werte unterstellt werden, so bedeutet dies bei einer Bevölkerung von 52.616.837 Bundesbürgern zwischen 18 Jahren und 65 Jahren¹³³ eine Prävalenz von 87.240 bis 296.674 pathologischen Spielern.

Wenn die Zahl der BZgA für die Prävalenz eines pathologischen Spielverhaltens von 0,45 % unterstellt wird, so liegt diese Zahl deutlich im oberen Bereich der vorliegenden Schätzungen. Auf Grund des SOGS als Erhebungsinstrument, dürfte diese Zahl auch einen Teil der Spieler, die nach DSM-IV als problematisch zu klassifizieren wären, umfassen. Hier dürfte es sich vor allem um die schwereren Fälle handeln. Wir gehen in den Berechnungen von einer Bevölkerung von etwa 53 Millionen erwachsenen Bundesbürgern in den betrachteten Jahren und einer Prävalenz pathologischen und schweren problematischen Spielverhaltens von 0,45 % aus. **Hieraus ergibt sich die genaue Zahl von 238.500 pathologischen (und deutlich problematischen) Spielern in der erwachsenen deutschen Bevölkerung zwischen 18 und 65 Jahren.** Diese Zahl liegt eher im oberen Bereich der Spanne von 87.000 bis 297.000 Bürgern, innerhalb der wahrscheinlich der wahre Wert für die Prävalenz einer pathologischen Spielverhaltens in der deutschen Bevölkerung nach Aussagen der bisher vorliegenden Studien liegen dürfte.

Die vorliegenden epidemiologischen Studien können Aussagen zu der Prävalenz des pathologischen Spielverhaltens in der Bevölkerung machen, aber nicht zu der Prävalenz pathologischen Spielverhaltens bei den einzelnen Formen des Glücksspiels. Dafür ist die Anzahl der jeweils gefundenen pathologischen Spieler viel zu gering.

Es ist allgemein bekannt und akzeptiert, dass das Suchtgefährdungspotential entscheidend von den jeweiligen Eigenschaften des Glücksspiels abhängt. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung unterscheidet deshalb die folgenden „Bewertungsfaktoren des Suchtpotentials“:

131 Vgl. Buth, S. und H. Stöver (2008): Glücksspielteilnahme und Glücksspielprobleme in Deutschland: Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativbefragung. In: Suchttherapie 2009 Heft 9, S. 4.

132 Vgl. hierzu Becker, T.: Glücksspielsucht in Deutschland - Prävalenz bei verschiedenen Glücksspielformen. Frankfurt: Peter Lang Verlag, 2009.

133 Vgl. Statistisches Bundesamt: Statistisches Jahrbuch 2005, S. 42, Tabelle 2.8: Bevölkerung nach Altersgruppen. Aktuell liegt die Bevölkerung zwischen 16 und 65 Jahren nur noch bei 51,6 Millionen Bundesbürgern (Statistisches Bundesamt: Statistisches Jahrbuch 2010, S. 42).

- Schnelle Spielabfolge

Je schneller ein Spiel ist, desto schneller kann die gewünschte „Wirkung“ erzielt werden. Das Ergebnis ist bei schnellen Spielen innerhalb von Sekunden präsent. Abhängige Spieler wählen hauptsächlich Spiele mit einer schnellen Spielabfolge aus.

- Auszahlungsintervall

Das Auszahlungsintervall, also die Zeitspanne zwischen Anfang und Ende des Spiels, hängt mit der schnellen Spielabfolge zusammen: Ist das Auszahlungsintervall kurz, können die Spielenden direkt nach dem Ergebnis über den Gewinn verfügen. Sie können den Gewinn sofort wieder in ein neues Spiel investieren. Haben sie verloren, dauert die Frustration darüber nicht lange, denn sie können sofort weiter spielen und setzen darauf, im nächsten Spiel zu gewinnen.

- Aktive Einbeziehung des Spielers

Durch Stopp-Tasten an Geldspielgeräten mit Gewinnmöglichkeit oder bei den Live-Wetten haben die Spielenden den Eindruck, aktiv ins Spielgeschehen einbezogen zu sein.

- Verbindung mit anderen Interessen

Die Verbindung mit allgemein anerkannten Freizeitinteressen, insbesondere bei Sportwetten, kann schnell zu einer Verharmlosung des Glücksspiels führen. Gleichzeitig erhöhen die eigenen Interessen den Spielanreiz, wenn man z. B. Sportereignissen schon immer nahe stand und meint, aufgrund von speziellem Insiderwissen besondere Gewinnchancen zu haben.

- Gewinnchancen und Höhe, Fast-Gewinne, Art des Einsatzes

Die Höhe der möglichen Gewinne schafft einen zusätzlichen Spielanreiz. Häufige Fast-Gewinne verstärken die Erwartung, beim nächsten Spiel zu gewinnen. Geldersatzmittel wie Jetons oder auch das Zahlen mit Kreditkarten, senken die Hemmschwelle, immer wieder Einsätze zu tätigen, die sich am Ende zu größeren Beträgen summieren.

- Ton-, Licht- und Farbeffekte, Atmosphäre

Bestimmte Signale, besonders das Zusammenwirken von Licht- und Toneffekten an Spielautomaten lösen bei Glücksspielsüchtigen den unbezwingbaren Drang aus, zu spielen.

- Leichte Verfügbarkeit

Je leichter ein Glücksspiel verfügbar ist, umso mehr erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass Menschen es vermehrt nutzen. Die leichte Verfügbarkeit ist eine problematische Situation, die abstinenten Glücksspieler als besonders schwierig beschreiben.

Zur Messung des Suchtgefährdungspotentials von verschiedenen Formen des Glücksspiels auf Grund dieser und anderer Eigenschaften eines Glücksspiels wurde von Wissenschaftlern ein Mess- und Bewertungsinstrument entwickelt (mit dem Namen AsTERiG).¹³⁴ Dieses Mess-

134 Wissenschaftliches Forum Glücksspiel (Becker, T. et al.): Mess- und Bewertungsinstrument zur Feststel-

und Bewertungsinstrument¹³⁵ erfasst in einem ersten Schritt die Eigenschaften des jeweiligen Glücksspiels und deren jeweilige Ausprägungen. Diese werden dann in einem zweiten Schritt gewichtet und mit Punkten versehen, und es ergibt sich ein Gesamtwert für das Suchtgefährdungspotential des jeweiligen Glücksspiels. Auf Grund des Gesamtpunktwertes werden die Glücksspiele dann in drei Kategorien eingeteilt, rot für Glücksspiele mit einem sehr hohen Suchtgefährdungspotential, gelb für Glücksspiele mit einem mittleren Suchtgefährdungspotential und grün für Glücksspiele mit einem nicht signifikanten Suchtgefährdungspotential.

Es besteht Einigkeit unter Wissenschaftlern, dass die Suchtgefährdung durch ein Glücksspiel maßgeblich von den Eigenschaften dieses Glücksspiel abhängt. Darüber hinaus besteht sogar unter Wissenschaftlern eine gewisse Übereinstimmung in der Gewichtung dieser Eigenschaften. Allerdings ist es schwierig, der Komplexität einzelner Merkmale gerecht zu werden. So tragen Risikotasten an Spielautomaten zu einer Steigerung des Suchtgefährdungspotentials bei, hingegen wäre eine Starttaste für jedes weitere Spiel einer Spielautomatik aus Gründen der Suchtprävention vorzuziehen. Auch hängt das Suchtgefährdungspotential von der Kombination von Eigenschaft und Spielform ab. Die Bewertung einzelner Merkmale ist abhängig von der Spielform. So hat ein hoher Jackpot bei der Lotterie „6 aus 49“ eine andere Bedeutung als ein Jackpot im Automatenspiel.

Ausgehend von dem Konzept eines Mess- und Bewertungsinstruments zur Erfassung des Suchtgefährdungspotentials von Glücksspielen an Hand der Eigenschaften dieser Glücksspiele¹³⁶ haben Meyer et al. im Rahmen einer Delphi-Studie Experten nach den für das Suchtgefährdungspotential relevanten Eigenschaften und deren Gewichtung befragt.¹³⁷ Es wurde dabei das Ziel verfolgt, basierend auf den Produkteigenschaften von Glücksspielen Beurteilungsmerkmale zu generieren und empirisch zu validieren, die eine Einschätzung des Suchtgefährdungspotentials der verschiedenen im deutschsprachigen Raum angebotenen Spielformen sowie neuer, geplanter Spielformen ermöglicht.

Mit weitem Abstand erhält die Ereignisfrequenz, also die Schnelligkeit des Spiels, das größte Gewicht (0,612). Es folgen multiple Spiel-/Einsatzmöglichkeiten (0,354), die Gewinnwahrscheinlichkeit (0,264), Ton und Lichteffekte (0,230), eine variable Einsatzhöhe (0,184). Erst dann kommen nach der subjektiven Einschätzung der befragten Experten die Verfügbarkeit (0,173), der Jackpot (0,171), das Auszahlungsintervall (0,157), Fast-Gewinne (0,143) und die Kontinuität des Spiels (0,092).

lung des Gefährdungspotentials von Glücksspielprodukten. In: Zeitschrift für Wett- und Glücksspielrecht 01/2008.

135 Vgl. <http://presse.aktion-mensch.de/media/downloads/files/StudieGefaehrdungGluecksspiel.pdf>

136 Wissenschaftliches Forum Glücksspiel (Becker, T. et al.): Mess- und Bewertungsinstrument zur Feststellung des Gefährdungspotentials von Glücksspielprodukten. In: Zeitschrift für Wett- und Glücksspielrecht 01/2008.

137 Vgl. Meyer, G., J. Häfeli, C. Mörsen und M. Fiebig: Die Einschätzung des Gefährdungspotentials von Glücksspielen: Ergebnisse einer Dephi-Studie und empirischen Validierung der Beurteilungsmerkmale. In: Sucht, 56 (6). 2010, S. 405-414.

Die epidemiologischen Studien führen zu vergleichsweise zuverlässigen Zahlen über die Teilnahme an Glücksspielen in der Bevölkerung. Auf Grund der geringen Fallzahlen sind die Ergebnisse dieser Studien zu der Prävalenz des pathologischen Glücksspiels in der Bevölkerung bereits mit hoher Unsicherheit behaftet und unterscheiden sich daher auch ganz erheblich bei den einzelnen Studien. Es wurden in den epidemiologischen Studien jeweils nur ganz wenige pathologische Spieler gefunden. Bei Buth und Stöver waren es 45 pathologische Spieler, bei Bühringer et al. nur 14 pathologische Spieler und bei der Untersuchung der BZgA 47 pathologische Spieler. Auf Grund dieser geringen Fallzahlen lässt sich nicht auf die Bedeutung einzelner Glücksspielformen für das pathologische Spielverhalten schließen. Dafür sind die jeweiligen Stichproben pathologischer Spieler viel zu klein.

Zur Bedeutung einzelner Glücksspielformen für das pathologische Spielverhalten liegen seit Jahrzehnten detaillierte Befragungen von Patienten in ambulanten und stationären Einrichtungen vor. Ein vollständiger Überblick der vorliegenden Studien ist bei Becker¹³⁸ zu finden. Hier soll nur auf zwei neuere Studien eingegangen werden.

In einer Untersuchung von Meyer und Hayer¹³⁹ wurde ein Kurzfragebogen an die ambulanten und stationären Versorgungseinrichtungen im Bundesland Nordrhein-Westfalen geschickt mit der Bitte, diesen Fragebogen beim Erst- oder Zweitkontakt an alle vorstellig werdenden Klienten zu verteilen. Der Untersuchungszeitraum erstreckte sich von Mitte 2002 bis Ende 2004. In der Mehrheit stammten die zurückgeschickten Fragebögen aus der ambulanten Spielerversorgung (62 %) bzw. aus Schwerpunktberatungsstellen (26,6 %). Nur 11,5 % stammen aus stationären Versorgungseinrichtungen. Es wurde nach den problembehafteten Glücksspielformen gefragt. Eine Liste mit 16 verschiedenen Glücksspielformen wurde zum Ankreuzen vorgegeben. Mehrfachnennungen waren möglich. Es nahmen 44 Versorgungseinrichtungen teil und 495 Fragebögen wurden ausgefüllt zurückgesandt. Einige Fragebögen wurden nicht vollständig ausgefüllt. Aus diesem Grund schwanken die in die Berechnung einfließenden Fälle. Es wurden nicht nur die problembehafteten Glücksspielformen abgefragt, sondern auch deren jeweiliger Stellenwert. Die Bildung einer Rangreihe der als problembehaftet wahrgenommenen Glücksspielformen kann als Indikator für die relative Bedeutung einer Glücksspielform im Rahmen der Entwicklung glücksspielbezogener Probleme gewertet werden.

Bei Mehrfachnennungen wurden Geldspielautomaten von 79,3 % der Befragten als problembehaftet erlebt. Als Hauptproblem haben es 63,5 % erlebt. Es folgen Glücksspielautomaten mit 32,4 % der Nennungen bzw. als Hauptproblem mit 13,5 %. Roulette / Black Jack wird von 16,8 % der Befragten als problembehaftet erlebt und 6,2 % betrachten es als Hauptproblem. Karten und Würfelspiele folgen mit 15,9 % bzw. 1,7 %, ODDSET mit 10,0 % bzw. 2,8 %. Es

138 Becker, T.: Glücksspielsucht in Deutschland – Prävalenz bei verschiedenen Glücksspielformen. Frankfurt: Peter Lang Verlag, 2009.

139 Meyer, G. und T. Hayer (2005): Das Gefährdungspotential von Lotterien und Sportwetten – Eine Untersuchung von Spielern aus Versorgungseinrichtungen.
<http://www.mags.nrw.de/pdf/gesundheit/gefaehrungspotenzial.pdf>

folgen Pferdewetten. Lotto „6 aus 49“ wurde von 28 von 469 Personen, d. h. von 6 %, als eine (von mehreren) Problem verursachenden Glücksspielform erlebt. Von den Befragten setzten 0,9 % oder vier Personen dieses Glücksspiel auf den ersten Rangplatz bei den Problem verursachenden Glücksspielformen. Klassenlotterien wurden von einem von 447 Probanden, d. h. von 0,2 %, auf den ersten Rangplatz gesetzt.

Eine etwas andere Vorgehensweise als bei Meyer und Hayer wurde von Becker¹⁴⁰ gewählt. Es wurden nicht die Klienten der ambulanten und stationären Suchthilfeeinrichtungen befragt, sondern die Therapeuten in diesen Einrichtungen. Mit der Befragung wurden 1.056 im letzten Jahr in ambulanten und stationären Suchthilfeeinrichtungen behandelte Patienten erfasst. Die Anzahl der Klienten im Jahre 2007 in ambulanten Einrichtungen mit der Hauptdiagnose pathologisches Spielverhalten betrug 2.209 Klienten nach der deutschen Suchthilfestatistik.¹⁴¹ Hochgerechnet auf die Gesamtzahl der betreuten Spieler in den bundesweit 934 Suchtberatungsstellen haben sich 2007 nach Meyer 5.700 Patienten in ambulante Behandlung begeben.¹⁴² Somit konnten mit der vorliegenden Befragung zwischen 19 % (nach Hochrechnung) und 47 % (nach Suchthilfestatistik) der Klienten erfasst werden. Es wurden jedoch nicht nur die ambulanten und stationären Suchthilfeeinrichtungen angeschrieben, sondern auch Selbsthilfeorganisationen. Die Leiter von Selbsthilfegruppen haben Angaben zu 588 Patienten gemacht, und Mitglieder von Selbsthilfegruppen haben Angaben zu 80 Patienten gemacht. Insgesamt bilden also 1.724 Patienten die Grundlage für die Befragungsergebnisse. Die befragten Personen sind in der Mehrzahl Mitarbeiter in Beratungsstellen. Stationäre Einrichtungen haben sich nicht an der Befragung beteiligt

Die Ergebnisse der Befragung der Therapeuten stimmen weitestgehend mit den Befragungsergebnissen der Klienten von Mayer und Hayer überein. Interessant sind die Abweichungen, die sehr gut die zeitliche Entwicklung in den fünf Jahren zwischen 2003 und 2008 widerspiegeln.

Die nachfolgende Tabelle vergleicht die Ergebnisse dieser Befragung von pathologischen Spielern aus den Jahren 2002 bis 2004 zu der Form des Glücksspiels, die als Hauptproblem betrachtet wird, und die Ergebnisse der Befragung von Therapeuten im Jahr 2008 zu der Form des Glücksspiels, welches für die Patienten das Hauptproblem darstellt.

Für 69 % aller pathologischen Spieler ist die wichtigste (und oft einzige) Problem verursachende Form des Glücksspiels das Spiel an Geldspielautomaten in Spielhallen und Gaststätten. Diese äußerst problematische Form des Glücksspiels hat von 2003 bis 2008 noch an Bedeutung gewonnen. **An zweiter Stelle folgen die Glücksspielautomaten in Spielbanken mit 11 %.**

140 Vgl. Becker, T.: Glücksspielsucht in Deutschland – Prävalenz bei verschiedenen Glücksspielformen. Frankfurt: Peter Lang 2009.

141 Vgl. Meyer, G.: Glücksspiel – Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren (DHS): Jahrbucht Sucht 09. Geesthacht: Neuland, 2009, S. 143.

142 Vgl. Meyer, G.: Glücksspiel – Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren (DHS): Jahrbucht Sucht 09. Geesthacht: Neuland, 2009, S. 143.

Tab. 9: Problem verursachende Glücksspielformen

| Problem verursachende Glücksspielform | Becker (2008) | Meyer und Hayer (2002-2004) |
|---|---------------|-----------------------------|
| Geldspielautomaten in Spielhallen / Gaststätten | 69,0 % | 63,5 % |
| Glücksspielautomaten in Spielbanken | 11,4 % | 13,5 % |
| Sportwetten (Wettbüros, Internet) | 6,8 % | 1,7 % |
| Roulette | 5,8 % | 6,2 % |
| Poker (Karten- und Würfelspiele) | 3,6 % | 1,7 % |
| ODDSET Kombi- / TOP-Wette | 1,6 % | 2,8 % |
| Pferdewetten | 0,6 % | 1,7 % |
| Zahlenlotto 6 aus 49 | 0,5 % | 0,9 % |
| Rubbellose | 0,4 % | 0,0 % |
| Toto- / Auswahl- / 13er-Wette | 0,2 % | 0,0 % |
| Klassenlotterie (SKL / NKL) | 0,1 % | 0,2 % |
| Summe gesamt: | 100 % | 100 % |

Quelle: Becker, T.: *Wie weit geht der Ermessensspielraum des Gesetzgebers bei der Regulierung des Glücksspielmarktes?* In: *Zeitschrift für Wett- und Glücksspielrecht* Nr. 1/2009, S. 1-7.

Von den Spieleigenschaften her betrachtet haben Glücksspielautomaten sogar ein noch höheres Suchtgefährdungspotential als Geldspielautomaten, aber wegen der geringeren Verfügbarkeit gibt es hier deutlich weniger pathologische Spieler.

Sportwetten haben in dem Betrachtungszeitraum erheblich an Bedeutung für pathologische Spieler gewonnen und **liegen mittlerweile insgesamt bei 9,2 %**. Sportwetten in Wettbüros und im Internet (6,8 %) liegen mittlerweile an dritter Stelle, gefolgt von Roulette und Poker und der legalen Sportwette Oddset (1,6 %). Pferdewetten (0,6 %) und Toto (0,2 %) haben kaum eine Bedeutung.

Zu den Casinospielen sind Roulette (5,8 %) und Poker (3,6 %) zu rechnen. Somit haben **9,4 % der pathologischen Spieler mit Casinospielen ein Problem**.

Lotterien sind kaum von Bedeutung. **Lotterien werden nur von 1 % der pathologischen Spieler als hauptproblematische Spielform angegeben**.

Bei diesen Ergebnissen zu der Form des Glücksspiels, die zu einem pathologischen Spielverhalten führte, ist zu berücksichtigen, dass es in der Regel zwischen fünf und zehn Jahre dauert, ehe ein normales Spielverhalten sich zu einem pathologischen Spielverhalten entwickelt. Ehe sich ein pathologischer Spieler in Therapie begibt, vergehen noch einmal unter Umständen

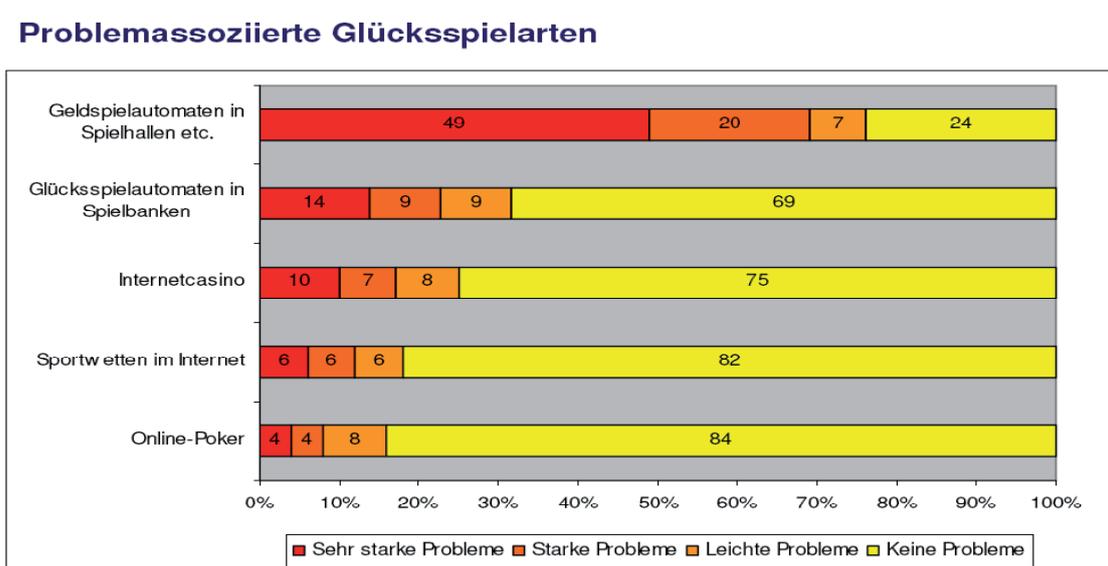
mehrere Jahre. Die empirischen Ergebnisse hinken somit der Realität immer hinterher, vielleicht um zehn Jahre oder mehr.

Über das Spielverhalten der „Online-Generation“ ist kaum etwas bekannt. Gespräche mit Klienten legen es nahe, von zwei deutlich voneinander getrennten Generationen von Spielern auszugehen. Die Spieler, die sich in die Therapie begeben, sind in der Regel männlich, oft älter und fast immer Spieler von Geldspielautomaten in Spielhallen und Gaststätten. Über die pathologischen Spieler von Glücksspielen im Internet ist kaum etwas bekannt. Diese tauchen bisher nur vereinzelt in Therapieeinrichtungen auf.

Einen ersten Eindruck gibt eine Auswertung der Nutzungsdaten für die Hilfe-Hotline der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

Bei den Ergebnissen der BZgA ist zu berücksichtigen, dass die Daten im Rahmen des internet-basierten Beratungsprogramms gewonnen wurden. An diesem Programm haben in dem Zeitraum vom 01.12.07 bis 31.08.09 insgesamt 197 Personen teilgenommen. Von diesen Personen hatten 5 % ein problematisches und 95 % ein pathologisches Spielverhalten nach dem Canadian Problem Gambling Index. Erstaunlich viele Klienten im Vergleich zu pathologischen Spielern in ambulanter oder stationärer Therapie, fast 30 %, hatten keine Schulden, 23 % hatten bis 5.000 Euro Schulden, 27 % zwischen 5.000 und 25.000 Euro Schulden und 17 % zum Teil deutlich mehr als 25.000 Euro Schulden.

Abb. 6: Problemassoziierte Glücksspielarten bei Teilnehmern des Online-Beratungsprogramms der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung



Quelle: Anne Pauly: Prävention von Glücksspielsucht: Das Online-Beratungsprogramm der BZgA: „Check Dein Spiel“. Vortrag auf dem Symposium 2009 der Forschungsstelle Glücksspiel.

Dies deutet darauf hin, dass die Zugangsbarrieren bei einem Online-Programm geringer sind als bei einer ambulanten, insbesondere aber auch stationären Therapieeinrichtung, und dementsprechend ist auch der Verschuldungsgrad geringer. Es handelt sich bei dieser Stichprobe um eine besondere Gruppe von Klienten, die sich durch eine Nutzung des Internet auszeichnet. Damit ergänzt diese Untersuchung sehr gut die bereits vorliegenden Befragungen von Klienten bzw. Therapeuten von ambulanten und stationären Suchthilfeeinrichtungen und weist darauf hin, wie sich die problemassoziierten Glücksspielformen im Zeitablauf verändern können.

Obwohl es sich hier um Daten aus einer internetbasierten Beratung handelt, dominieren wieder die Geldspielautomaten als Hauptproblem. Die Geldspielautomaten in Spielhallen und Gaststätten nur für sich genommen führen zu stärkeren Problemen als alle andere Glücksspielformen zusammen. Dies macht noch einmal deutlich, welche herausragende Bedeutung die Geldspielautomaten für die Entwicklung und Aufrechterhaltung eines pathologischen Spielverhaltens haben.

Deutlich abgeschlagen folgen an zweiter Stelle die Glücksspielautomaten in Spielbanken. Internetcasinos führen nach dieser Untersuchung zu deutlich größeren Problemen als die Sportwetten im Internet. Dies verdeutlicht, dass derzeit das Suchtproblem bei Casinospiele im Internet höher ist als bei Sportwetten. Mit dieser Untersuchung wird auch deutlich, dass Online-Poker, wenn auch nur an fünfter Stelle, bereits zu Problemen führt.

Es besteht noch ein erheblicher Forschungsbedarf über die Bedeutung des Internet-Glücksspiels. Weder ist das Ausmaß und die Bedeutung der Glücksspiele im Internet bekannt, noch liegen weitere Ergebnisse über die Bedeutung und die Entwicklung eines pathologischen Spielerverhaltens bei Internet-Glücksspielen vor.

6 Soziale Kosten bei den einzelnen Glücksspielformen

Die sozialen Kosten des Glücksspiels insgesamt für die Bundesrepublik Deutschland liegen bei **326.064.600 Euro**. Diese Kosten sind die Kosten, die der Gesellschaft durch ein pathologisches Spielverhalten entstehen. Dabei wird, in Anlehnung an die neuesten Ergebnisse der BZgA, von einer Prävalenzrate pathologischen Glücksspiels in der Bevölkerung von 0,45 % ausgegangen. Bei 53 Millionen Bundesbürgern im Alter zwischen 18 und 65 ergeben sich insgesamt für die Bundesrepublik **238.500 pathologische Spieler**.

Von diesen Spielern haben 69 % die Geldspielautomaten als das Hauptproblem oder als einziges Problem. Bei den Glücksspielautomaten sind dies 11 %, bei den Sportwetten 9,2 %, bei den Casinospiele 9,4 % und bei den Lotterien 1 %. Es lassen sich somit die sozialen Kosten bei den einzelnen Formen des Glücksspiels berechnen. Bei diesen Berechnungen wird von 326.064.600 Euro sozialen Kosten ausgegangen. Auf Grund von Rundungsfehlern bei den Prozentangaben ergibt sich als Gesamtsumme über die einzelnen Formen des Glücksspiels ein etwas kleinerer Betrag.

Tab. 10: Soziale Kosten bei den einzelnen Formen des Glücksspiel

| | Prävalenz pathologischen Spielverhaltens | Soziale Kosten (in Euro) | 326.064.600 |
|----------------------|--|--------------------------|-------------|
| Geldspielautomaten | 69,00 % | 224.984.574 | |
| Glücksspielautomaten | 11,00 % | 35.867.106 | |
| Sportwetten | 9,20 % | 29.997.943 | |
| Casinospiele | 9,40 % | 30.650.072 | |
| Lotterien | 1,00 % | 3.260.646 | |
| | | | |
| | 99,60 % | 324.760.342 | |

Quelle: Eigene Berechnungen

Hiermit liegen die ersten Schätzungen für die sozialen Kosten des Glücksspiels in Deutschland insgesamt und bei den einzelnen Formen des Glücksspiels vor.

Das Spielen an Geldspielautomaten verursacht der Gesellschaft soziale Kosten in der Höhe von 225 Millionen Euro im Jahr. Weit dahinter liegen die anderen Formen des Glücksspiels. **Die Glücksspielautomaten in Spielbanken führen zu sozialen Kosten von 36 Millionen Euro im Jahr.** Bei den Casinospiele sind die Umsätze bei den terrestrischen Spielbanken und in den Internetcasinos sowie von Poker mit eingerechnet. **Alle diese Casinospiele insgesamt führen zu sozialen Kosten in der Höhe von knapp 31 Millionen.** In derselben Höhe liegen die **Sportwetten mit knapp 30 Millionen Euro.** **Lotterien verursachen soziale Kosten in der Höhe von etwas mehr als drei Millionen Euro.**

In einer Stellungnahme von Adams zur Parlamentsanhörung in Berlin im Jahr 2009 werden auch Zahlen über die „Kosten der Glücksspielsucht“ genannt,¹⁴³ aber nicht nach der sonst üblichen Aufteilung in direkte und indirekte Kosten. Die „privaten Verluste“ der Spieler werden auf 2,4 Milliarden, der Verlust an Lebensqualität auf 4,8 Milliarden Euro, die „externen Kosten“ auf 3,6 Milliarden Euro geschätzt. Die Gesamtkosten von 10,8 Milliarden Euro werden mit dem Bruttospielertrag von 11,1 Milliarden Euro verglichen. Auch für jede Glücksspielform erfolgt dieser Vergleich. Es wird nicht deutlich, was hier eigentlich berechnet wird, aber sicher ist, dass es sich nicht um eine Berechnung der sozialen Kosten nach den Standards der WHO handeln kann.

Adams geht bei der Berechnung der Verluste an Lebensqualität von einem Wert von 100.000 Euro pro Jahr aus und setzt die Einschränkung auf Grund des pathologischen Spielverhaltens in der Lebensqualität mit 25 % an, um zu 25.000 Euro intangiblen Kosten pro pathologischen Spieler und Jahr zu kommen. Die „externen Kosten“ werden aus amerikanischen Studien genommen, die aber nicht weiter genannt werden, und von 2.200 Euro bis 36.000 Euro pro Jahr und Spieler angesetzt.

Nach den Berechnungen von Adams führen Spielcasinos zu sozialen Kosten in der Höhe von 1,983 Milliarden Euro. Dem steht ein Bruttospielertrag von nur 557 Millionen Euro gegenüber. Mit diesen Überlegungen will Adams verdeutlichen, dass die gesellschaftlichen Kosten der Spielcasinos den gesellschaftlichen Nutzen um ein Vielfaches übersteigen, es sich also bei dem Angebot der Casinos um ein „soziales Übel“ handelt und die Gesellschaft gewinnen würde, diese zu untersagen.

143 Vgl. Adams, M.: Schriftliche Stellungnahme zu der Öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages 1. Juli 2009 zum Thema „Prävention der Glücksspielsucht stärken“.

7 Von den sozialen Kosten zu einer gesellschaftlichen Kosten-Nutzen-Analyse

Die Berechnung der sozialen Kosten des Glücksspiels stellt einen ersten Schritt in Richtung hin zu einer umfassenden Kosten-Nutzen-Analyse dar. In einer Kosten-Nutzen-Analyse werden die Kosten einer Aktivität dem Nutzen dieser Aktivität gegenübergestellt. Im Fall des Glücksspielmarktes bzw. einzelner Segmente dieses Marktes würden die jeweiligen Kosten dem jeweiligen Nutzen gegenübergestellt.

Bei einer Kosten-Nutzen-Analyse z. B. der Spielbanken würden die Kosten der Spielbanken deren Nutzen gegenübergestellt. Die Kosten der Spielbanken ergeben sich aus den Kosten für den Betrieb und die Unterhaltung der Spielbanken. Der Nutzen ergibt sich aus dem Nutzen für die Kunden der Spielbanken. Darüber hinaus wären noch die Auswirkungen auf Dritte zu berücksichtigen, wie die Einnahmen des Staates, aber auch die sozialen Kosten, die durch das Glücksspiel in Spielbanken verursacht werden.

Ganz entscheidend für die Beurteilung im Rahmen einer Kosten-Nutzen-Analyse ist die Wahl des sogenannten Referenzsystems, d. h. die Situation, mit der die gegenwärtige Situation verglichen wird.

Eine umfassende Kosten-Nutzen-Analyse ist sehr aufwendig. Aus diesem Grund werden oft andere Berechnungen angestellt, um zu einer gesellschaftlichen Bewertung zu kommen.

Eine Bewertung unterschiedlicher Segmente des Glücksspielmarktes könnte zum Beispiel an Hand des Anteils der Ausgaben der pathologischen Spieler für eine bestimmte Glücksspielform an deren Gesamtumsätzen erfolgen.

Hierzu liegen erste Berechnungen von Adams vor.¹⁴⁴ In seiner schriftlichen Stellungnahme zu einer Anhörung vor dem Gesundheitsausschuss des Bundestages ist eine Tabelle zu finden, in der Adams die „Anzahl der jeweils Süchtigen“ sowie die „Spielverluste der Süchtigen“ ausweist. Dann berechnet er den Anteil der Spielverluste an dem Gesamtumsatz bei der jeweiligen Glücksspielform. Nicht offen gelegt werden die Annahmen über den Umsatz pro Süchtigen. Diese lassen sich jedoch leicht aus den Daten der von Adams vorgestellten Tabelle errechnen, wenn die Spielverluste der Süchtigen durch die Anzahl der Süchtigen geteilt werden. Adams geht bei Geldspielautomaten von Spielverlusten pro Süchtigen von 13.740,93 Euro aus. Bei den Glücksspielautomaten betragen die so berechneten Spielverluste pro Süchtigen nach Adams 9.596,49 Euro, bei Casinospiele (Tischspielen) 665,00 Euro, bei Spielen des Deutschen Lotto- und Totoblocks 90.435,61 Euro, bei Sportwetten 9.959,40 Euro, bei Klassenlotterien 67.708,33 Euro und bei Pferdewetten 29.513,89 Euro. Es wird von Adams nicht erklärt, wie diese zum Teil doch sehr erstaunlichen Zahlen zustande kommen.

144 Vgl. Adams, M.: Schriftliche Stellungnahme zu der Öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages 1. Juli 2009 zum Thema „Prävention der Glücksspielsucht stärken“.

Der Ansatz, der von Adams gewählt wurde, nämlich den Anteil der Ausgaben der pathologischen Spieler an den Gesamtausgaben zu berechnen, führt sicherlich zu informativen Ergebnissen, ist jedoch sauber und begründet durchzuhalten. Dieser Ansatz entspricht aber nicht einer Berechnung der sozialen Kosten.

Ein Problem, welches bei diesem Ansatz deutlich wird, ist die Schätzung der Höhe der Ausgaben eines pathologischen Spielers getrennt für die einzelnen Glücksspielformen. Künzi et al.¹⁴⁵ gehen hier von einem Faktor von 2,9 aus, um den die Spieleinsätze eines pathologischen Spielers erhöht sind. Dies dürfte sich jedoch bei den einzelnen Formen des Glücksspiels deutlich unterscheiden. Dem Autor sind keine einigermaßen soliden Schätzungen dieses Faktors bekannt.

In einem aktuellen Vortrag¹⁴⁶ geht Adams von einem Umsatzanteil pathologischer Spiele bei Geldspielautomaten von 56 %, bei Spielbanken von 38 %, sowie bei Lotterien von 4 % aus. Es wird nicht erklärt, wie diese Zahlen zustande kommen.

Die hier vorgelegten Berechnungen der sozialen Kosten stellen nur einen ersten Schritt zu einer umfassenden Kosten-Nutzen-Analyse dar. Bei einer Kosten-Nutzen-Analyse ist der Nutzen der Konsumenten mit den Kosten der Anbieter und der Gesellschaft zu vergleichen. Die Gesamtwohlfahrt ergibt sich aus der Konsumentenrente plus der Produzentenrente minus der sozialen Kosten.

Die Konsumentenrente entspricht der Differenz zwischen der maximalen Zahlungsbereitschaft eines Konsumenten und dem tatsächlich gezahlten Preis, aufsummiert über alle Konsumenten. Die Produzentenrente entspricht dem Gewinn eines Anbieters nach Abzug aller Kosten. Die sozialen Kosten stellen die Kosten dar, die der Gesellschaft entstehen.

Um die Konsumentenrente zu berechnen, ist eine Kenntnis des gezahlten Marktpreises und der Nachfragefunktion notwendig. Die Konsumentenrente ergibt sich als Integral unter der Nachfragekurve bis zu der verkauften Menge, d. h. der Gleichgewichtsmenge, minus dem Integral unter der Preisgeraden.

Eisenreich hat eine Nachfragefunktion für Sportwetten geschätzt¹⁴⁷ und kommt zu einer Konsumentenrente bei Sportwetten in der Höhe von 47 Millionen Euro. Seine Berechnungen der sozialen Kosten der Sportwette, die sich auf die Angaben von Künzi et al. stützen, liegen bei

145 Künzi, K., T. Fritschi, T. Oesch, M. Gehrig und N. Julien: Soziale Kosten des Glücksspiels in Casinos. Studie zur Erfassung der durch die Schweizer Casinos verursachten sozialen Kosten. Studie des Büros für Arbeits- und Sozialpolitische Studien AG (BASS) im Auftrag der Eidgenössischen Spielbankenkommission (ESBK), Bern, Juni 2009

146 Vgl. Adams, M.: Tabak-, Alkohol- und Glücksspielabhängigkeit: Soziale Kosten und wirksame Vorschläge der Verhältnisprävention. Vortrag auf dem Deutschen Suchtkongress in Tübingen am 23.09.2010, Folie 19.

147 Eisenreich, J.: Ein Vergleich von Kosten und Nutzen der Liberalisierung von Glücksspielen am Beispiel des Marktes für Sportwetten. Diplomarbeit Universität Mannheim, 2010.

38,6 Millionen Euro nach dem WHO-Standard und 192 Millionen Euro nach dem Beispiel einer sehr frühen Veröffentlichung von 1999 der Australia Productivity Kommission zu den sozialen Kosten. Eisenreich kommt zu dem Ergebnis, dass bei Sportwetten die sozialen Kosten gemessen nach dem WHO-Standard mit 38,6 Millionen Euro geringer sind, als die Konsumentenrente. Hierzu wäre noch die Produzentenrente zu addieren, um zu der gesellschaftlichen Wohlfahrt zu kommen. Angaben hierzu könnten aus den Geschäftsberichten der Unternehmen entnommen werden.

Eine umfassende Kosten-Nutzen-Analyse setzt ökonometrische Schätzungen der Nachfragekurven bei den einzelnen Glücksspielformen und eine Auswertung der Bilanzen der Glücksspielanbieter voraus. Eine Kosten-Nutzen-Analyse war nicht die Aufgabe dieser Studie wäre jedoch ein konsequenter weiterer Schritt hin zu einer wissenschaftlich fundierten gesamtgesellschaftlichen Beurteilung des Glücksspiels bzw. einzelner Formen des Glücksspiels. Dies bleibt zukünftigen Arbeiten überlassen. Die hier vorliegenden Berechnungen der sozialen Kosten bilden hierfür eine Grundlage.