

Von der Regulierung zur Partizipation: Ein Plädoyer für partizipativen Spielerschutz

Anke Quack & Maxi Lea Feidner

Zusammenfassung

Trotz zunehmender Regulierung werden die derzeit in Deutschland gesetzlich vorgeschriebenen Spielerschutzmaßnahmen und Responsible-Gambling-Tools (RG) eher selten genutzt und von Spielteilnehmenden teilweise als wenig vertrauenswürdig wahrgenommen. Aufbauend auf Wrights Partizipationsmodell sowie dem Community-Based Participatory Research-Ansatz (CBPR) wird der Frage nachgegangen, inwiefern die aktive Einbindung von Glücksspielenden in die gemeinsame Entwicklung, Erprobung und Evaluation von Spielerschutzmaßnahmen dazu beitragen kann, deren Nutzung, Glaubwürdigkeit und damit auch die Wirksamkeit zu steigern. Vor diesem Hintergrund erscheint ein Paradigmenwechsel von einer überwiegend top-down-orientierten Regulierung hin zu einem gemeinschaftlich gestalteten, lebensweltorientierten Public-Health-Ansatz im Spielerschutz zielführend.

Schlüsselwörter: Community-based participatory research, Glücksspielsucht, Glücksspielsuchtprävention, Partizipation, Public Health, Spielerschutz, Verantwortungsvolles Glücksspielen

Summary

Despite increasing regulation, player protection measures and responsible gambling (RG) tools currently required by law in Germany are used only rarely and are partly perceived by gamblers as not very trustworthy. Building on Wright's participation model and the Community-Based Participatory Research (CBPR) approach, this article examines the extent to which the active involvement of gamblers in the joint development, testing, and evaluation of player protection measures can help increase their use, credibility, and thus their effectiveness. In this context, shifting from a predominantly top-down regulatory approach toward a collaboratively developed public health approach grounded in the lived realities of players appears promising.

Keywords: community-based participatory research (CBPR), gambling disorder, gambling harm prevention, participation, public health, player protection, responsible gambling

Einleitung

Der Glücksspielmarkt hat in den vergangenen Jahren weltweit an ökonomischer und gesellschaftlicher Bedeutung gewonnen. Besonders das Online-Glücksspiel verzeichnet einen rasanten Aufschwung und hat sich infolge schrittweiser Legalisierungen in zahlreichen Ländern zur dominierenden Spielform entwickelt. Damit prägt es zunehmend auch sucht- und regulierungspolitische Debatten (Gainsbury et al., 2019; Ghelfi et al., 2024). Digitale Angebote – von Sportwetten über virtuelle Automaten Spiele bis hin zu interaktiven Live-Casinostreams – sind rund um die Uhr („24/7“) und auf nahezu je-

dem Endgerät verfügbar. Die permanente Erreichbarkeit, gepaart mit der hohen Mobilität und Geschwindigkeit digitaler Spielformen, gilt als ein wesentlicher Risikofaktor für die Entwicklung problematischen Spielverhaltens (Giralt et al., 2018; Hing et al., 2022; Marionneau et al., 2024). Die aktuelle Dynamik verdeutlicht dabei nicht nur die wachsende wirtschaftliche Bedeutung des Marktes, sondern auch eine tiefgreifende Verschiebung traditioneller Spielpraktiken in den digitalen Raum mit weitreichenden Konsequenzen für Regulierung und Verbraucherschutz.

Das wirtschaftliche Wachstum der Branche geht zugleich mit einer zunehmenden gesund-

heitspolitischen Herausforderung einher. Eine aktuelle Metaanalyse schätzt, dass weltweit rund 450 Millionen Menschen von glücksspielbedingten Beeinträchtigungen betroffen sind, davon etwa 80 Millionen mit problematischem oder pathologischem Spielverhalten (Tran et al., 2024). Glücksspiel ist damit längst keine harmlose Freizeitaktivität mehr, sondern ein potenzieller Risikofaktor für suchtartiges Verhalten und damit verbundenen gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Belastungen.

Auch in Deutschland zeigen die Ergebnisse des Glücksspiel-Surveys 2023, dass insbesondere Online-Glücksspiele mit einem deutlich erhöhten Risiko verbunden sind, eine Glücksspielstörung zu entwickeln. Besonders ausgeprägt ist dieses Risiko bei Nutzern von Online-Casinospielen: Rund ein Drittel erfüllt die Kriterien einer leichten, mittleren oder schweren Glücksspielstörung nach DSM-5, der höchste Anteil unter allen untersuchten Spielformen (Buth et al., 2024). Auch bei Online-Sportwetten erfüllen rund 18 Prozent der Spielenden die DSM-5-Kriterien einer Glücksspielstörung. Insgesamt legen die Befunde nahe, dass interaktive und jederzeit verfügbare Online-Angebote ein besonderes Gefährdungspotenzial aufweisen und unterstreichen die Notwendigkeit, Präventions- und Regulierungsmaßnahmen evidenzbasiert weiterzuentwickeln. Dies betrifft jedoch nicht nur den digitalen Raum. Auch im terrestrischen Bereich findet sich insbesondere im gewerblichen Automatenpiel ein vergleichsweise hoher Anteil problematischer Glücksspielender.

Staatlich konzessionierte Glücksspielanbieter in Deutschland sind gesetzlich verpflichtet, Maßnahmen des universellen, selektiven und indizierten Spielerschutzes umzusetzen (§ 6 GlüStV). Hierzu gehören insbesondere Regelungen zum Kinder- und Jugendschutz (z. B. Identitätsprüfungen und Altersverifikation) sowie der Ausschluss gesperrter Personen über das zentrale Sperrsystem OASIS (§§ 8 ff. GlüStV). Spielerschutz umfasst darüber hinaus strukturelle und technische Begrenzungen des Spielverhaltens, etwa Einzahlungslimits, Einsatzbeschränkungen, verpflichtende Spielunterbrechungen, Hinweise auf die Spieldauer sowie datengestützte, personalisierte Rückmeldungen zum Spielverhalten. Ergänzend regelt der Glücksspielstaatsvertrag Werbe- und Marketingbeschränkungen, die insbesondere aggressive, irreführende oder an Minderjährige gerichtete Werbung untersagen (§ 5 GlüStV). Weitere Vorgaben betreffen die Produktgestaltung sowie die behördliche Überwachung der Anbieter, die in den Zuständigkeitsbereich der Gemeinsamen Glücksspielbehörde der Länder

(GGL) fällt. Zusätzlich sind Anbieter verpflichtet, über Suchtgefahren zu informieren und auf bestehende Hilfsangebote hinzuweisen.

Trotz der vielfältigen regulatorischen und technischen Spielerschutzmaßnahmen bleibt deren tatsächliche Wirksamkeit in der Praxis unklar. Forschungsbefunde deuten darauf hin, dass viele der vorgesehenen Instrumente den Spielteilnehmenden zwar bekannt sind, jedoch nur selten aktiv genutzt werden (Quack, Beutel & Gieseke, 2026; Quack et al., 2022; Fiedler et al., 2017). Internationale Studien kommen zu vergleichbaren Ergebnissen: Am häufigsten werden Verlustlimits gesetzt, während andere Instrumente wie Selbstsperrn oder telefonische Hilfsangebote nur selten Verwendung finden (Engebø, Torsheim & Pallesen, 2022). Auch australische Untersuchungen zeigen, dass sogenannte Responsible-Gambling-Tools (RG-Tools) zwar einer breiten Mehrheit der Spielenden bekannt sind, jedoch nur begrenzt genutzt werden. So gaben über 80 Prozent der Befragten an, kein einziges Schutzinstrument aktiv zu verwenden. Mit über 80 Prozent am häufigsten wird die Gewinn- und Verlustübersicht genutzt, gefolgt von Einzahlungslimits (rd. 25 %) und zeitweiligen Sperrn („Time-outs“, rd. 8 %) (Gainsbury et al., 2019; Heirene, Vanichkina & Gainsbury, 2021).

In der Kritik steht dabei zunehmend auch das derzeit dominierende Paradigma des Responsible Gambling (RG), das auf dem Modell der „informierten Entscheidung“ basiert (Blaszczynski et al., 2004) und die Verantwortung für Spielerschutz sowie Prävention weitgehend auf das Individuum überträgt. Damit werden strukturelle Risikofaktoren, etwa die hohe Verfügbarkeit und Sichtbarkeit von Glücksspielen, die gezielte Ansprache vulnerabler Zielgruppen oder ökonomische Interessenkonflikte im Hinblick auf einen nachhaltigen und proaktiven Spielerschutz auf Seiten der Anbieter, weitgehend ausgeblendet (Hancock & Smith, 2017a, 2017b). Angesichts der steigenden Prävalenz glücksspielbezogener Störungen, der geringen Nutzung bestehender Spielerschutzinstrumente sowie der Ergebnisse einer qualitativen Fokusgruppenstudie, die zahlreiche kritische Einschätzungen gegenüber bestehenden Maßnahmen dokumentiert (Quack, Beutel & Gieseke, 2026), rückt die Frage nach wirksameren Ansätzen im Spielerschutz in den Fokus. Partizipative Verfahren bieten hierbei ein vielversprechendes Potenzial: Werden Glücksspielende frühzeitig und aktiv in die Entwicklung, Gestaltung und Bewertung von Schutzmaßnahmen einbezogen, können diese stärker an ihren tatsächlichen Bedürfnissen und Erfahrungen ausgerichtet werden und damit eher

wahrgenommen, akzeptiert und genutzt werden.

Internationale Erfahrungen aus der Gesundheitsförderung, etwa im Rahmen des Community-Based Participatory Research (CBPR), zeigen, dass die aktive Beteiligung von Betroffenen die Reichweite, Glaubwürdigkeit und Nachhaltigkeit präventiver Maßnahmen deutlich erhöhen kann (Hartung & Wihofszky, 2024). Das Partizipationsmodell nach Wright (2008, 2013, 2021) verdeutlicht darüber hinaus, dass Wirksamkeit dort entsteht, wo Betroffene nicht lediglich informiert oder konsultiert, sondern in Entwicklungs-, Gestaltungs- und Evaluationsprozesse aktiv eingebunden werden, etwa bei der Ausarbeitung von Spielerschutzhinweisen, der nutzerzentrierten Gestaltung digitaler Spielerschutzinstrumente oder der Bewertung bestehender Maßnahmen.

Aus dieser Perspektive wird Spielerschutz nicht mehr primär als regulatorische Vorgabe verstanden, sondern als Bestandteil eines lebensweltorientierten Public-Health-Ansatzes. Im Mittelpunkt stehen die Perspektiven der Spielenden sowie ihre konkreten Informations-, Unterstützungs- und Handlungsbedarfe. Maßnahmen entfalten nur dann Wirkung, wenn sie an der Lebensrealität der Spielenden ansetzen. Dafür braucht es eine Abkehr von rein top-down gesteuerten Vorgaben hin zu einer stärkeren partizipativ ausgestalteten Spielerschutzstrategie.

Der vorliegende Beitrag nimmt die Perspektive der Spielenden in den Blick, diskutiert bestehende Barrieren und die Rolle der Glaubwürdigkeit von Glücksspielanbietern als Absender von Präventionsbotschaften und zeigt auf, wie partizipative Ansätze, etwa das Partizipationsmodell nach Wright, als Orientierung für die Weiterentwicklung eines wirksameren Spielerschutzes dienen können.

Selbstbestimmung durch Mitbestimmung: Partizipative Modelle in Prävention und Gesundheitsförderung

In der Gesundheitsförderung gilt Partizipation als zentrales Prinzip, das die aktive Einbindung jener Personen betont, die unmittelbar von gesundheitlichen Risiken oder präventiven Maßnahmen betroffen sind. Je nach Handlungsfeld variiert die Bezeichnung der Zielgruppen: In Public-Health-Kontexten ist häufig von Bürgerbeteiligung die Rede, in verbraucherorientierten Ansätzen von Konsumierenden und im klinischen Bereich von Betroffenen. Gemeinsames Ziel dieser Ansätze ist es, die Perspektiven und Erfahrungen der jeweiligen Gruppen sys-

tematisch in Präventions- und Gesundheitsförderungsprozesse einzubeziehen, um deren Wirksamkeit, Akzeptanz und Nachhaltigkeit zu erhöhen (Hartung & van Assema, 2022). Partizipation bedeutet in diesem Zusammenhang, Menschen nicht als Objekte, sondern als aktive Subjekte von Forschung und Gesundheitsförderung zu begreifen. Sie sollen nicht lediglich informiert, sondern in Entscheidungs- und Gestaltungsprozesse einbezogen werden.

International haben Netzwerke wie die International Collaboration for Participatory Health Research (ICPHR) und das deutschsprachige Netzwerk Partizipative Gesundheitsforschung (PGF) maßgeblich zur theoretischen und methodischen Fundierung partizipativer Ansätze in der Gesundheitsförderung beigetragen. Die 2009 gegründete ICPHR versteht sich als globales Netzwerk von Forschenden, Praktizierenden und Institutionen, das die Qualität, Sichtbarkeit und Legitimität partizipativer Gesundheitsforschung stärkt. Zentrale Ziele sind die Entwicklung gemeinsamer Qualitätsstandards, die Förderung internationaler Kooperationen sowie die Verankerung von Teilhabe und sozialer Gerechtigkeit als Grundprinzipien gesundheitsbezogener Forschung (ICPHR, 2013). Dabei sollen nicht nur wissenschaftliche, sondern vor allem gesellschaftliche Wirkungen erzielt werden, indem Forschung dazu beiträgt, soziale Ungleichheiten zu verringern und gesundheitsfördernde Strukturen zu stärken (Hartung & Wihofszky, 2024; Wright, 2013, 2021).

Das 2011 als Teil der ICPHR gegründete deutschsprachige Netzwerk PGF verfolgt ähnliche Zielsetzungen auf regionaler Ebene. Es fördert die Vernetzung und Qualifizierung von Akteur:innen aus Forschung und Praxis, entwickelt methodische Leitlinien und setzt sich für die stärkere Integration partizipativer Ansätze in Prävention, Gesundheitsförderung und Versorgungsforschung ein. Beide Netzwerke gehen davon aus, dass Forschung nur dann nachhaltig ist, wenn sie gemeinsam mit denjenigen gestaltet wird, deren Lebensrealitäten im Zentrum der Fragestellungen stehen (Netzwerk Partizipative Gesundheitsforschung, 2020).

Die Partizipation von Adressat:innen und die damit verbundene Mitentscheidungskompetenz lassen sich mithilfe des neunstufigen Partizipationsmodells der Gesundheitsförderung nach Wright, Block und von Unger differenzieren (Wright et al., 2008). Dieses Modell, das in seiner Grundidee auf die Prinzipien der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung zurückgeht (WHO, 1986), beschreibt in neun Stufen und vier Partizipationsstadien eine zunehmende Einbindung und Berücksichtigung der

Perspektiven der Beteiligten. Jede Stufe steht dabei für ein höheres Maß an Mitwirkung, Mitentscheidung und Selbstbestimmung im Forschungsprozess (Abbildung 1).

Die ersten beiden Stufen markieren das Stadium der Nicht-Partizipation. In diesen Formen findet keine Einbindung der Adressat:innen statt, ihre Perspektiven bleiben unberücksichtigt und sie haben keinen Einfluss auf Entscheidungen. Die Stufen drei bis fünf repräsentieren Vorformen der Partizipation, die bereits forschungsethischen Mindeststandards entsprechen. Auf der Stufe der Information (Stufe 3) werden die Adressat:innen transparent über Ziele, Vorgehen und Konsequenzen informiert, ohne dass Rückmeldungen oder Mitgestaltung erwartet werden. Die Anhörung (Stufe 4) eröffnet ihnen die Möglichkeit, eigene Sichtweisen und Erfahrungen einzubringen. Mit der Einbeziehung (Stufe 5) erweitert sich dieser Prozess zu einem wiederkehrenden, dialogischen Austausch, bei dem die Beiträge der Beteiligten zunehmend Gewicht im Entscheidungsprozess erhalten.

Eine substanzielle Partizipation beginnt auf den Stufen sechs bis acht, die durch einen direkten Einfluss auf Inhalte und Durchführung gekennzeichnet sind. Bei der Mitbestimmung (Stufe 6) verfügen die Beteiligten über ein Mitspracherecht, jedoch ohne formale Entscheidungsbefugnisse. Auf der Stufe der Teilentcheidungskompetenz (Stufe 7) übernehmen sie Verantwortung für klar abgegrenzte Teilbereiche und gestalten diese selbstständig. Mit der Entscheidungsmacht (Stufe 8) werden sie schließlich zu gleichberechtigten Mitgliedern, die über weitreichende Mitbestimmungs- und Entscheidungsrechte verfügen. Die neunte Stufe beschreibt schließlich die Selbstorganisation, in der Beteiligte eigenständig Forschung oder Gesundheitsförderungsmaßnahmen initiieren und verantworten, ohne institutionelle Steuerung oder externe Vorgaben.

Das Modell verdeutlicht, dass Partizipation kein statischer Zustand, sondern ein dynamischer Aushandlungsprozess ist, in dem Macht- und Entscheidungsstrukturen kontinuierlich reflektiert werden müssen. Bisher beschränkt sich die Praxis in Forschung und Gesundheitsförderung jedoch häufig auf Vorformen der Partizipation: Betroffene werden informiert, angehört oder einbezogen, ohne dabei über reale Entscheidungsmacht zu verfügen. Um die Wirksamkeit von Maßnahmen zu erhöhen und nachhaltige Veränderungen zu erzielen, ist es entscheidend, die Menschen, die von gesundheitlichen Themen unmittelbar betroffen sind, aktiv in alle Phasen der Entscheidungsfindung einzubeziehen, von der Entwicklung und Ge-

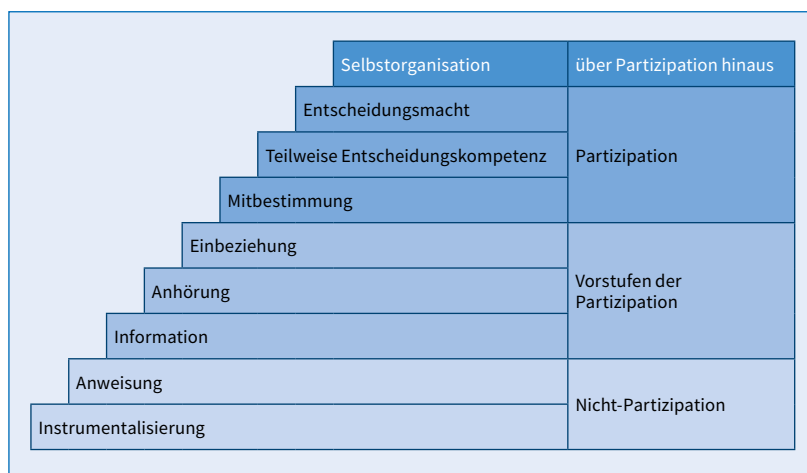


Abbildung 1

Neunstufiges
Partizipationsmodell
nach Wright (2021)

staltung bis hin zur Durchführung und Auswertung (Wright, 2021).

Ein erster praktischer Ansatz hierfür findet sich im sogenannten Community-Based Research (CBR), der Community-Mitglieder, Praktizierende und Forschende gleichberechtigt einbindet. Dieser Ansatz stärkt die Fähigkeit der Beteiligten, eigene Fragen zu formulieren, Lösungsansätze zu entwickeln und diese in der Praxis zu erproben. Leitprinzipien sind unter anderem Co-Learning und Empowerment. Seit 2005 gewinnen CBR-Ansätze zunehmend an Bedeutung. Sie gelten als relevanter und wirksamer, weil sie Ergebnisse hervorbringen, die von den beteiligten Zielgruppen eher akzeptiert und genutzt werden. Gleichwohl bestehen Hürden, etwa ein hoher Zeit- und Ressourcenbedarf oder anfängliches Misstrauen. Förderlich sind demgegenüber qualitative, prozessbegleitende Verfahren, interdisziplinäre Teams und eine langfristige Finanzierung (Israel et al., 1998; Lee et al., 2025; Corrigan & Oppenheim, 2024).

Aktuelle systematische Übersichtsarbeiten belegen, dass CBPR-basierte Interventionen trotz unterschiedlicher Studienqualität signifikante Verbesserungen der psychischen Gesundheit bewirken können (Yau et al., 2024). Eine Studie von Avery, Sjögren Forss und Rämgård (2022) zeigt, dass die Betonung von Empowerment, Vertrauen und sozialer Unterstützung die Teilhabe aller Gemeinschaftsmitglieder – unabhängig von Alter, Herkunft oder Geschlecht – fördert. Durch den partizipativen Ansatz werden nicht nur Selbstvertrauen und Eigeninitiative gestärkt, sondern ebenso das Zugehörigkeitsgefühl und die Solidarität innerhalb der Gemeinschaft.

Auch auf strategischer Ebene gewinnt Partizipation an Bedeutung. In der Public-Health-Strategie für Deutschland ist sie als zentraler Bestandteil einer zukunftsorientierten Gesund-

heitsförderung verankert. Das Zukunftsforum Public Health (2021) fordert, gesundheitsbezogene Maßnahmen grundsätzlich gemeinsam mit der Bevölkerung zu entwickeln und umzusetzen. In der nationalen Strategie werden Partizipation, soziale Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit als leitende Prinzipien definiert (Hartung & Wihofszky, 2024). Partizipation wird damit nicht nur als methodischer Ansatz verstanden, sondern als normative Grundlage für eine wirksame und gerechte Gesundheitspolitik.

Diese Entwicklung ist auch im Spielerschutzkontext relevant, in dem Fragen der Verantwortung, Transparenz und Teilhabe zunehmend in den Fokus rücken. Die Verbindung des Public-Health-Ansatzes mit dem Konzept des Responsible Gambling eröffnet dabei die Möglichkeit, Spielerschutz nicht ausschließlich über Regulierung vorzugeben, sondern gemeinsam mit den relevanten Zielgruppen zu gestalten. Eine stärkere Orientierung an Teilhabe kann dazu beitragen, Spielerschutzmaßnahmen näher an den Lebensrealitäten der Spielenden auszurichten und damit ihre Akzeptanz und Wirksamkeit zu erhöhen.

Gleichzeitig wird in der bisherigen Praxis des Spielerschutzes in Deutschland eine deutliche Diskrepanz zwischen Anspruch und Umsetzung sichtbar. Das folgende Kapitel widmet sich daher der Frage, inwieweit bestehende Spielerschutzinstrumente von den Adressat:innen als wirksam und glaubwürdig wahrgenommen werden und welches Potenzial eine stärkere Partizipation für ihre zukünftige Weiterentwicklung bietet.

Ungenutzt und unglaublich? Spielerschutz aus Perspektive der Glücksspielenden

Trotz nationaler und internationaler Forderungen nach evidenzbasierter und partizipativ gestalteter Gesundheitskommunikation wird die Perspektive von Spielenden in Deutschland bislang kaum in die Entwicklung und Evaluation von Spielerschutzmaßnahmen einbezogen. Einzelne Untersuchungen, etwa zu Spielersperren (Kraus et al., 2023; Loy, Sedlacek & Kraus, 2020), stellen eher Ausnahmen dar. Auch international ist wenig darüber bekannt, wie Glücksspielende bestehende Schutzmechanismen und Responsible-Gambling-Tools erleben und bewerten (Forsström et al., 2020). Viele Maßnahmen wurden bisher entwickelt, ohne die Erfahrungen jener einzubeziehen, die am stärksten von glücksspielbezogenen Risiken betroffen sind.

Erste qualitative Hinweise darauf, wie Spielerschutzmaßnahmen von Spielenden wahrgenommen werden, liefert eine Fokusgruppenstudie des Kompetenzzentrums Spielerschutz & Prävention (Quack, Beutel & Gieseke, 2026). Die Ergebnisse zeichnen ein konsistentes Bild: Die bestehenden Maßnahmen waren den Teilnehmenden häufig nur oberflächlich bekannt, wurden kaum genutzt und teilweise kritisch bewertet. Am häufigsten genannt wurden Einzahlungslimits, Spielersperren, insbesondere die 24-Stunden-Sperre im Internet sowie Selbsttests und sogenannte Reality Checks. Viele berichteten, sich lediglich vage an Inhalte oder Formulierungen der Angebote zu erinnern. Diese Befunde decken sich mit internationalen Studien, die eine geringe Nutzung und begrenzte Reichweite von Responsible-Gambling-Tools dokumentieren (Engebø, Torsheim & Pallesen, 2022; Forsström et al., 2020; Heirene, Vanichkina & Gainsbury, 2021).

Ein wiederkehrendes Thema in allen Fokusgruppen war auch die Frage der Glaubwürdigkeit der Anbieter als Absender von Präventionsbotschaften. Die Teilnehmenden beschrieben mehrheitlich einen offensichtlichen Interessenkonflikt. Anbieter profitieren wirtschaftlich vom Spiel, sollen zugleich aber vor dessen Risiken warnen. Diese Ambivalenz wurde als zentrale Barriere für Vertrauen und Akzeptanz benannt, ein Eindruck, der auch international bestätigt wird (Hancock & Smith, 2017a). Auch formale Aspekte der Spielerschutzkommunikation wurden kritisch bewertet. Lange Textpassagen, unübersichtliche Webseiten und fehlende konkrete Anleitungen, etwa zu Einsatzlimits, Selbstsperren oder Zugängen zum Hilfesystem, erschwerten es den Teilnehmenden, die Informationen aufzunehmen und umzusetzen. Mehrere Befragte berichteten zudem, dass die einseitige Betonung von Selbstkontrolle bei problematischem Spielverhalten Schuld- und Schamgefühle verstärken könne – eine Beobachtung, die auch international beschrieben wird (Marko et al., 2023). In diesen Fällen wird Spielerschutz weniger als Unterstützung, sondern eher als individualisierte Verantwortung wahrgenommen.

Im Spannungsfeld zwischen individueller Verantwortung und staatlicher Regulierung betonten die Teilnehmenden zwar, grundsätzlich selbst für ihr Spielverhalten verantwortlich zu sein, gleichzeitig forderten sie jedoch klarere gesetzliche Vorgaben und eine stärkere staatliche Verantwortung für Schadensminimierung und Prävention. Dieses ambivalente Verhältnis zwischen Selbstverantwortung und Regulierung zeigt sich ebenfalls in internationalen Studien: Glücksspielende befürworten das Prinzip

persönlicher Verantwortung, erwarten aber zugleich, dass staatliche Akteur:innen durch verbindliche Vorgaben und wirksame Schutzmechanismen verlässliche Rahmenbedingungen schaffen (Marko et al., 2023; Samuelsson & Örnberg, 2022).

Zusammenfassend deuten die qualitativen Befunde darauf hin, dass Akzeptanz und Wirksamkeit bestehender Spielerschutzmaßnahmen durch geringe Sichtbarkeit, Glaubwürdigkeitsdefizite und eine einseitige Verschiebung der Verantwortung auf das Individuum begrenzt bleiben. Zugleich zeigt sich, dass ein stärker lebensweltorientierter und partizipativer Ansatz Potenzial bietet, die Erfahrungen, Bewertungen und Informationsbedürfnisse der Spielenden systematischer zu berücksichtigen.

Schlussfolgerungen und Perspektiven für einen partizipativen Spielerschutz

Internationale und nationale Forschungsbefunde legen nahe, dass Spielerschutz allein durch gesetzliche Regulierung und top-down implementierte Maßnahmen nur begrenzt wirksam ist. Zwar sind rechtliche Vorgaben eine unverzichtbare Grundlage, doch greifen sie vielfach zu kurz, wenn Spielerschutzmaßnahmen in der Zielgruppe nicht wahrgenommen, nicht genutzt oder als unglaublich empfunden werden. Modelle der partizipativen Gesundheitsforschung können dazu beitragen, diese Lücken zu schließen, indem sie Glücksspielende systematisch und aktiv in die Entwicklung von Schutzmaßnahmen einbeziehen. Auf diese Weise können Relevanz, Reichweite und Akzeptanz von Informations- und Hilfsangeboten erhöht und die Glaubwürdigkeit von Botschaften im Spielerschutz gestärkt werden.

Das Partizipationsmodell nach Wright (2021) bietet hierfür eine hilfreiche Orientierung, indem es verschiedene Stufen der Beteiligung unterscheidet, von Information und Konsultation bis hin zur aktiven Mitgestaltung und Co-Produktion. Übertragen auf den Spielerschutz bedeutet dies, dass reine Informationsvermittlung oder punktuelle Befragungen von Glücksspielenden nicht ausreichen, um Maßnahmen nachhaltig und wirksam zu gestalten. Notwendig ist vielmehr ihre aktive Mitgestaltung, etwa bei der Entwicklung von Schutzbotschaften, der nutzerzentrierten Gestaltung digitaler Tools oder der Evaluation bestehender Angebote.

Während Wrights Modell eine konzeptionelle Grundlage zur Analyse von Beteiligungsgraden liefert, zeigt das Konzept des Community-Based Participatory Research (CBPR),

wie solche Beteiligungsprozesse in der Praxis umgesetzt werden können. Internationale Erfahrungen belegen, dass die aktive Einbindung von Betroffenen nicht nur Reichweite und Akzeptanz von Präventionsprogrammen erhöht, sondern auch deren Passung und Wirksamkeit verbessert (Israel et al., 1998). Übertragen auf den Spielerschutz könnte dies bedeuten, Präventionsstrategien gemeinsam mit Spielenden, Angehörigen, Fachkräften der Suchthilfe und unabhängigen Expert:innen zu entwickeln, zu erproben und kontinuierlich weiterzuentwickeln.

Partizipation im Spielerschutzkontext kann staatliche Regulierung nicht ersetzen, sondern soll sie ergänzen. Während gesetzliche Rahmenbedingungen den notwendigen Ordnungsrahmen schaffen, eröffnen partizipative Verfahren die Möglichkeit, Spielerschutz praxisnäher, glaubwürdiger und zielgruppenspezifischer zu gestalten. Eine zentrale Voraussetzung dafür ist die Einbindung unabhängiger Akteur:innen aus Wissenschaft, Prävention und Suchthilfe sowie die kontinuierliche Beteiligung der Glücksspielenden selbst. Sie sollten nicht nur in die Entwicklung, sondern auch in die Evaluation und Weiterentwicklung von Maßnahmen einbezogen werden, um sicherzustellen, dass Erfahrungen und Rückmeldungen der Zielgruppe fortlaufend in den Prozess einfließen. Eine wissenschaftliche Begleitforschung, die diesen dialogischen Ansatz aufgreift, ist zielführend, um Spielerschutzmaßnahmen evidenzbasiert, anbieterunabhängig und lebensweltorientiert weiterzuentwickeln.

Fazit

Spielerschutzmaßnahmen können nur dann Wirkung entfalten, wenn sie von relevanten Zielgruppen wahrgenommen, akzeptiert und tatsächlich genutzt werden. Ihre Wirksamkeit hängt entscheidend von Glaubwürdigkeit und Berücksichtigung der Informationsbedürfnisse der Adressat:innen ab. Im Sinne einer evidenzbasierten, lebensweltorientierten und glaubwürdigen Public-Health-Strategie sollte ein zukunftsorientierter Spielerschutz den Schritt von einem überwiegend top-down geprägten Regulierungsansatz hin zu mehr Einbindung der Zielgruppen in Entwicklungs- und Entscheidungsprozesse wagen.

Literatur

Avery, H., Sjögren Forss, K. & Rämgård, M. (2022). Empowering communities with health promo-

- tion labs: Results from a CBPR programme in Malmö, Sweden. *Health Promotion International*, 37, daab069. <https://doi.org/10.1093/heapro/daab069>
- Blaszczynski, A., Collins, P., Fong, D., Ladouceur, R., Nower, L. et al. (2021). Responsible gambling: General principles and minimal requirements. *Journal of Gambling Studies*, 37(4), 1105–1115. <https://doi.org/10.1007/s10899-020-09954-3>
- Buth, S., Meyer, G., Rosenkranz, M. & Kalke, J. (2024). *Glücksspielteilnahme und glücksspielbezogene Probleme in der Bevölkerung – Ergebnisse des Glücksspiel-Survey 2023*. Hamburg: Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD).
- Corrigan, P. W. & Oppenheim, M. (2024). The power of community-based participatory research (CBPR). *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 47(1), 2–8. <https://doi.org/10.1037/prj0000568>
- Engebø, J., Torsheim, T. & Pallesen, S. (2022). Gamblers' use of measures to prevent gambling problems and reduce harm. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 857280. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.857280>
- Fiedler, I., Wilcke, A. C., Thoma, G., Ante, L. & Steinmetz, F. (2017). Wirksamkeit von Sozialkonzepten bei Glücksspielanbietern. In M. Adams & I. Fiedler (Hrsg.), *Glücksspielforschung* (S. 136–140). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Forsström, D., Spångberg, J., Petterson, A., Brolund, A. & Odeberg, J. (2020). A systematic review of educational programs and consumer protection measures for gambling: An extension of previous reviews. *Addiction Research & Theory*, 29(5), 398–412. <https://doi.org/10.1080/16066359.2020.1729753>
- Gainsbury, S., Angus, D. J., Procter, L. & Blaszczynski, A. (2019). Use of consumer protection tools on internet gambling sites: Customer percep-

VERLAGSHINWEIS

Jahrbuch Sucht: mehr Geld für Glücksspiel als für Bundeswehr-Etat

Allein der legale Glücksspiel-Umsatz lag in Deutschland 2024 mit 69,1 Milliarden Euro deutlich höher als aktuell der deutsche Verteidigungshaushalt mit 62,43 Milliarden Euro. „Außerdem existiert ein illegaler Markt von Sportwetten, virtuellen Automatenspielen, Online-Casinospielen, Online-Poker sowie Online-Zweitlotterien“, berichtet das Jahrbuch Sucht 2026. Etwa zwei Prozent der erwachsenen Bevölkerung leidet unter einer Spielsucht („Glücksspielstörung“).

„Spielerinnen und Spieler mit der Teilnahme an virtuellen Automatenspielen weisen den höchsten Anteil an Glücksspiel-Störungen auf, gefolgt von Glücksspielautomaten, Live-Wetten auf Sportereignisse, Geldspielautomaten in Spielhallen und Gaststätten sowie Poker.“

„Aus der Perspektive der Suchtprävention stellt die weiterhin zu beobachtende Expansion legaler Glücksspielangebote in Deutschland eine deutliche Fehlentwicklung dar“, kritisieren Gerhard Meyer und Tobias Hay-

er im Jahrbuch Sucht. „Befeuert wird der Trend durch die omnipräsente, wirksame Werbung für verschiedene Glücksspielangebote in Rundfunk und auf Social Media...“

Um das Gemeinwohl zu stärken und den Gesundheitsschutz vor kommerziellen Einflüssen zu bewahren, bedarf es primär einer Reduktion der Verfügbarkeit von Glücksspielen und eines Verbots bzw. einer deutlichen Einschränkung von Werbung und Sponsoring für Glücksspiel-Produkte.

Daneben sind verschiedenartige Instrumente zur Bekämpfung illegaler Glücksspielangebote umzusetzen. Hierzu zählen in erster Linie Maßnahmen wie Financial Blocking (Sperrung unerlaubter Angebote) im Online-Segment sowie die Stärkung des Vollzugs oder die Einrichtung von Schwerpunkt-Staatsanwaltschaften. Hingegen wäre aus Sicht des Spielerschutzes eine (bloße) Steigerung der Attraktivität des regulierten Glücksspiels der falsche Ansatz, da hiermit lediglich zusätzliche Spielanreize und damit Suchtge-

fahren im legalen Raum geschaffen würden.“



Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.)
DHS Jahrbuch Sucht 2026
342 Seiten, Hardcover
ISBN 978-3-69217-035-0
Pabst

- tions, motivators, and barriers to use. *Journal of Gambling Studies*, 36(1), 259–276. <https://doi.org/10.1007/s10899-019-09859-8>
- Ghelfi, M., Scattola, P., Giudici, G. & Velasco, V. (2024). Online gambling: A systematic review of risk and protective factors in the adult population. *Journal of Gambling Studies*, 40, 673–699. <https://doi.org/10.1007/s10899-023-10258-3>
- Giralt, S., Müller, K. W., Beutel, M. E., Dreier, M., Duven, E. & Wölfling, K. (2018). Prevalence, risk factors, and psychosocial adjustment of problematic gambling in adolescents: Results from two representative German samples. *J Behav Addict*, 7(2), 339–347.
- Hancock, L. & Smith, G. (2017a). Critiquing the Reno model I–IV international influence on regulators and governments (2004–2015). The distorted reality of “responsible gambling”. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 15(6), 1151–1176. <https://doi.org/10.1007/s11469-017-9746-y>
- Hancock, L. & Smith, G. (2017b). Replacing the Reno Model with a robust public health approach to “responsible gambling”: Hancock and Smith’s response to commentaries on our original Reno model critique. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 15(6), 1209–1220. <https://doi.org/10.1007/s11469-017-9746-y>
- Harting, J. & van Assema, P. (2022). Participatory research in health promotion: a critical review. *Health Promotion International*, 37(1), 90–109.
- Hartung, S. & Wihofszky, P. (2024). Partizipation, partizipative Gesundheitsforschung und ihr Beitrag zur Nachhaltigkeit. In S. Hartung & P. Wihofszky (Hrsg.), *Gesundheit und Nachhaltigkeit* (S. 77–87). Berlin: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-64954-1_8-1
- Heirene, R. M., Vanichkina, D. P. & Gainsbury, S. M. (2021). Patterns and correlates of consumer protection tool use by Australian online gambling customers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 35(8), 974–984. <https://doi.org/10.1037/adb0000761>
- Hing, N., Russell, A. M., Black, A., Rockloff, M., Browne, M., Rawat, V. et al. (2022). Gambling prevalence and gambling problems amongst land-based-only, online-only and mixed-mode gamblers in Australia: A national study. *Computers in Human Behavior*, 132, 107269. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2022.107269>
- ICPHR. (2013, May). *Position paper 1: What is participatory health research?* Berlin: International Collaboration for Participatory Health Research. https://www.icphr.org/uploads/2/0/3/9/20399575/ichpr_position_paper_1_definition_-_version_may_2013.pdf – accessed on 30.09.2025.
- Israel, B. A., Schulz, A. J., Parker, E. A. & Becker, A. B. (1998). Review of community-based research: Assessing partnership approaches to improve public health. *Annual Review of Public Health*, 19, 173–202. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.19.1.173>
- Kraus, L., Bickl, A., Sedlacek, L. et al. (2023). ‘We are not the ones to blame’. Gamblers’ and providers’ appraisal of self-exclusion in Germany. *BMC Public Health* 23, 322. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15117-9>
- Lee, J. Y., Clark, J. K., Schmiesing, R., Kaiser, M. L., Reece, J. & Park, S. (2025). Perspectives of community members on community-based participatory research: A systematic literature review. *Journal of Urban Affairs*, 47(8), 2916–2935. <https://doi.org/10.1080/07352166.2024.2305132>
- Loy, J. K., Sedlacek, L. & Kraus, L. (2020). Optimierungsbedarf von Spielersperren: Ergebnisse der VeSpA-Interviewstudie. *Sucht – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 66(4), 223–235. <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000670>
- Marionneau, V., Ruohio, H. & Karlsson, N. (2023). Gambling harm prevention and harm reduction in online environments: A call for action. *Harm Reduction Journal*, 20, 92. <https://doi.org/10.1186/s12954-023-00828-4>
- Marko, S., Thomas, S. L., Robinson, K. & Daube, M. (2022). Gamblers’ perceptions of responsibility for gambling harm: A critical qualitative inquiry. *BMC Public Health*, 22, 725. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13109-9>
- Netzwerk Partizipative Gesundheitsforschung (PartNet). (2020). *Über das Netzwerk*. Abgerufen von <https://partnet-gesundheit.de>
- Quack, A., Beutel, M. E. & Gieseke, L. (2026). ‘Out of sight, out of mind’ – results of a focus group study on gamblers’ use and evaluation of player protection measures in Germany. *BMC Public Health*, 26(1), 1161. <https://doi.org/10.1186/s12889-026-26892-6>
- Quack, A., Sielaff, M., Wejbera, M. & Beutel, M. E. (2022). Glücksspielsuchtprävention im staatlichen Glücksspielwesen: Werden Problemspielende erreicht? *Sucht*, 68(3), 139–150. <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000766>
- Samuelsson, E. & Örnberg, J. C. (2022). Sense or sensibility – Ideological dilemmas in gamblers’ notions of responsibilities for gambling problems. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 953673. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.953673>
- Tran, L. T., Wardle, H., Colledge-Frisby, S., Taylor, S., Lynch, M., Rehm, J. et al. (2024). The prevalence of gambling and problematic gambling: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 9(8), e594–e613. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00126-9](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00126-9)
- WHO. (1986). *Ottawa charter for health promotion*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/928916000>

- who.int/publications/i/item/ottawa-charter-for-health-promotion
- Wright, M. T. (2013). Was ist Partizipative Gesundheitsforschung? Positionspapier der International Collaboration for Participatory Health Research. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 8(3), 122–131. <https://doi.org/10.1007/s11553-013-0395-0>
- Wright, M. T. (2021). Partizipative Gesundheitsforschung: Ursprünge und heutiger Stand. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 64(2), 140–145. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03264-y>
- Wright, M. T., Block, M. & von Unger, H. (2008). Partizipation in der Zusammenarbeit zwischen Zielgruppe, Projekt und Geldgeber. *Gesundheitswesen*, 70(8-9), 748–754. <https://doi.org/10.1055/s-0028-1102955>
- Yau, J. H.-Y., Wong, E. L. Y., Kanagawa, H. S., Liu, T., Wong, G. H. Y. & Lum, T. Y. S. (2024). Effectiveness of community-based participatory research (CBPR) interventions on mental health outcomes: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 363, 117491. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.117491>
- Zukunftsforum Public Health. (2021). *Eckpunkte einer Public-Health-Strategie für Deutschland*. Berlin. www.zukunftsforum-public-health.de/public-health-strategie



Dr. Anke Quack, M.A.

Leiterin des Kompetenzzentrums Spielerschutz & Prävention, Klinik für Psychosomatische Medizin, Universitätsmedizin Mainz. Arbeitsschwerpunkte: Entwicklung und Evaluation von Spielerschutzmaßnahmen, Prävention und Gesundheitskommunikation
anke.quack@unimedizin-mainz.de



Maxi Lea Feidner, B.A.

Masterstudentin der Soziologie und wissenschaftliche Hilfskraft am Kompetenzzentrum für Spielerschutz & Prävention, Klinik für Psychosomatische Medizin, Universitätsmedizin Mainz
maxi.feidner@unimedizin-mainz.de