



# Die Inanspruchnahme von präventiven Angeboten durch Migrantinnen und Migranten mit Glücksspielspezifischen Problemen

## Hinführung zum Thema

Es gilt als belegt, dass zwischen verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen in Bezug auf glücksspielbedingte Probleme gesundheitliche Ungleichheiten bestehen [13]. Internationale Studien legen nahe, dass die Prävalenz glücksspielbedingter Probleme innerhalb der Migrationsbevölkerung bzw. unter bestimmten ethnischen Gruppen im Vergleich zu der Mehrheitsgesellschaft höher ist [12]. Dabei nehmen Personen mit Migrationshintergrund keineswegs häufiger an Glücksspielen teil als die einheimische Bevölkerung. Doch sind diejenigen, die an Glücksspielen teilnehmen, möglicherweise gefährdeter, Probleme zu entwickeln [14, 29].

## Hintergrund und Fragestellung

Befunden zufolge suchen pathologische Spielende mit Migrationshintergrund seltener Beratungs- und Behandlungsstellen auf [2, 4]. Die chancengerechte Ausrichtung von Präventions- und Behandlungsangeboten erfordert es, dass Zugangsbarrieren für Personen mit Migrationshintergrund mit glücksspielbedingten Problemen möglichst gering sind. Entsprechend stellt sich die Frage nach der Ausgestaltung von präventiven Maßnahmen, die sich gezielt an die entsprechenden Personengruppen richten [16]. Im Rahmen einer Literaturrecherche wird die Frage untersucht, welche

Zugangsbarrieren für Migrantinnen und Migranten mit glücksspielbedingten Problemen in Bezug auf die Inanspruchnahme von präventiven Angeboten bestehen und mit welchen Strategien die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme ebendieser Angebote erhöht werden kann.

## Methode

Die Literatursuche fand im Zeitraum zwischen Juli und August 2019 statt. Davon ausgehend, dass richtungsweisende Studien in die aktuellen Studien Eingang gefunden haben, wurde auf aktuelle Studien ab dem Jahr 2014 Bezug genommen. Für die Literatursuche wurden die Datenbanken PubMed, Embase und Google Scholar ausgewählt. Für die Literaturrecherche wurden Schlüsselbegriffe und Wortstämme für die vier Beschreibungsdimensionen „Gambling“, „Migrant“, „Prevention“ und „Help-Seeking“ festgelegt. Davon ausgehend, dass richtungsweisende Studien in die aktuellen Studien Eingang gefunden haben, wurde auf aktuelle Studien ab dem Jahr 2014 Bezug genommen (Abb. 1).

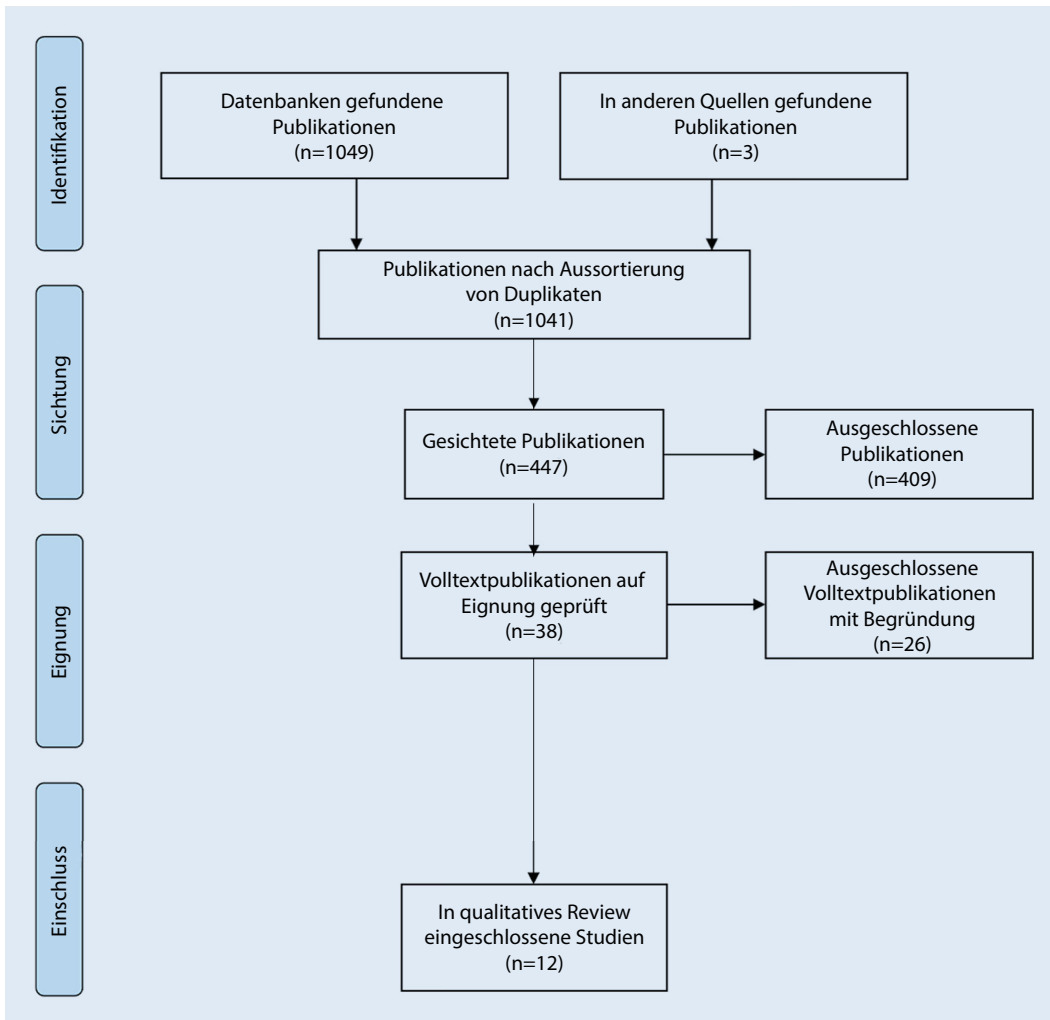
Die Datenextraktion erfolgt unter Verwendung der PRISMA-Richtlinien [21] Insgesamt ergab die Suche 1049 Artikel. Bei diesen Artikeln wurden die Titel geprüft. 3 weitere Artikel wurden identifiziert, indem die Bibliografien der identifizierten Artikel durchsucht wurden. In das Ereignisprotokoll wurden

diejenigen Publikationen aufgenommen, welche einen direkten Bezug zum Glücksspiel hatten ( $n = 447$ ). Bei diesen Artikeln wurde der Abstract gelesen. Letztlich wurden 38 Artikel als geeignet eingestuft und gelesen. Eingeschlossen wurden nur Studien, welche explizit die Dimensionen „Migrant“, „Inanspruchnahme von präventiven Angeboten“ sowie „glücksspielsuchtbedingte Probleme“ beinhalteten. Artikel, welche die Inanspruchnahme von Maßnahmen des Verbraucherschutzes wie bspw. die Spielersperre behandeln, wurden nicht berücksichtigt. Gemäß der Ein- und Ausschlusskriterien und nach Prüfung auf Eignung wurden 12 Studien aufgenommen (Tab. 1).

## Ergebnisse

### Zugangsbarrieren

Generell sind die Raten der Inanspruchnahme von Präventions- und Behandlungsangeboten bei pathologischen Spielenden niedrig [4, 17, 19, 27]. Die Gründe dafür sind vielfältig: Scham, die Angst vor Stigmatisierung, das Leugnen des Problems, die Überzeugung, es selber lösen zu können, und die Angst vor hohen Behandlungskosten scheinen die wesentlichen Barrieren darzustellen [11]. Mehrere Studien legen nahe, dass die Angst vor Stigmatisierung bei Personen mit Migrationshintergrund besonders ausgeprägt ist [5–10, 18, 20, 22, 24, 29]. In der Mi-



**Abb. 1** ◀ Flowchart basierend auf dem PRISMA-Flussdiagramm

grationssituation steigt die Bedeutung direkter – insbesondere familiärer – Kontakte. Die Angst, das Gesicht zu verlieren oder die Familie in ein schlechtes Licht zu rücken, kann daher ausgeprägter sein [5–8, 18, 20]. Dies kann dazu führen, dass Betroffene es vorziehen, die Probleme selber oder familienintern zu lösen [5, 7–9, 18, 22, 29].

Eng mit dem Problem der Scham und Stigmatisierung verbunden ist die Befürchtung, als „psychisch krank“ abgestempelt zu werden [20]. Erschwerend kommt hinzu, dass viele Migrantinnen und Migranten die glücksspielbedingte Störung nicht mit einer Sucht assoziieren [2, 6, 9, 20, 22]. Aufgrund der in der Regel kurzen Verweildauer bekunden Migrantinnen und Migranten zudem oftmals Schwierigkeiten, sich im Sozial- und Gesundheitswesen der Aufnahmegesellschaft zu orientieren bzw. wissen nicht,

dass es solche Angebote gibt [2, 5–8, 20, 22, 25, 28, 29]. Informationsdefizite können dazu führen, dass das Verständnis für „westliche“ psychologische Beratungs- und Behandlungskonzepte fehlt [2, 6, 8, 18, 22, 28, 29]. Dies wiederum kann zur Folge haben, dass sich Betroffene nicht in den Behandlungsprozess einbringen. Der Mangel an Vertrauen in die Konzepte führt dazu, dass Betroffene sehr zurückhaltend sind, im Rahmen einer Selbsthilfegruppe oder einer Beratungssituation mit Dritten über persönliche Probleme zu sprechen [8, 18, 20]. Skepsis kommt nicht nur gegenüber den Beratungs- und Behandlungskonzepten zum Ausdruck, sondern auch in Bezug auf Bedenken hinsichtlich Privatsphäre und Vertraulichkeit [5–7, 20]. Beratungs- und Behandlungsangebote werden möglicherweise auch deshalb nicht genutzt, weil die Betroffenen negative Konsequenzen

für sich und ihre Familie befürchten. Das Misstrauen gegenüber Fachpersonen kann auch Ausdruck von erlebten Diskriminierungen sein [18]. Sprachliche Probleme und soziokulturell bedingte Missverständnisse sind ebenfalls Zugangsbarrieren [2, 6–9, 20, 22]. Die Gründe für die geringe Inanspruchnahme der präventiven Angebote durch Migrantinnen und Migranten dürfen jedoch keineswegs einseitig bei der betroffenen Bevölkerungsgruppe gesucht werden. Vollerorts lässt sich eine mangelhafte Abstimmung des Gesundheitssystems auf die Bedürfnisse und den kulturellen Bezugsrahmen von Menschen mit Migrationshintergrund feststellen [2, 8, 9, 22, 29].

S. Lischer

## Die Inanspruchnahme von präventiven Angeboten durch Migrantinnen und Migranten mit glücksspielspezifischen Problemen

### Zusammenfassung

**Ausgangslage.** Personen mit Migrationshintergrund nehmen keineswegs öfter an Glücksspielen teil als die einheimische Bevölkerung, es ist aber wahrscheinlich, dass eine gleich häufige Teilnahme an Glücksspielen eher zu glücksspielbedingten Problemen führt.

**Zielsetzung.** Es wird untersucht, welche Zugangsbarrieren für Migrantinnen und Migranten mit glücksspielbedingten Problemen in Bezug auf die Inanspruchnahme von präventiven Angeboten bestehen und mit welchen Strategien die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme ebendieser Angebote erhöht werden kann.

**Methode.** Die narrative Literaturrecherche umfasst Studien und Übersichtsartikel, die zwischen 2014 und 2019 publiziert wurden.

**Ergebnisse.** Faktoren, welche Zugangsbarrieren darstellen können, sind Scham, die Angst vor Stigmatisierung und der Wunsch, das Problem selber oder im Kreis der Familie zu lösen. Hinzu kommt, dass glücksspielbedingte Probleme nicht mit Sucht assoziiert werden. Neben sprachlichen Problemen stellen die mangelnde Vertrautheit mit dem Gesundheitssystem sowie das fehlende Verständnis für die angewendeten Konzepte Hürden dar. Vielerorts lässt sich zudem eine mangelhafte Abstimmung des Gesundheitssystems auf die Bedürfnisse der Migrantinnen und Migranten feststellen. Um die Hürden gegenüber präventiven Angeboten zur Reduktion glücksspielbedingter Probleme zu senken, bedarf es eines stärkeren Einbezugs der anvisierten Zielgruppe.

**Schlussfolgerungen.** In Anlehnung an die Ottawa-Charta müssen partizipative Ansätze weiterentwickelt werden. Je frühzeitiger die Zielgruppen an der Problemdefinition und an der Gestaltung der präventiven Angebote partizipieren, desto niedriger sind die Barrieren, die der Inanspruchnahme dieser Angebote und einer Veränderung von gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen entgegenstehen.

### Schlüsselwörter

Glücksspielsucht · Barrieren · Suchtprävention · Erreichbarkeit · Muttersprachliche Präventionsangebote

## Utilization of preventive offers by migrants with gambling-related problems

### Abstract

**Background.** People with a migration background are less likely to gamble than nonmigrants but are more likely to experience problems from their gambling or be at risk of developing problems.

**Objective.** This literature review aims to identify the barriers to access for migrants with gambling-related problems. Particular focus will be given to their use of preventive services and strategies that can be used to increase the likelihood of utilizing service support.

**Methods.** The narrative literature review includes studies and review articles published between 2014 and 2019.

**Results.** Barriers that lead to the non-use of prevention services include embarrassment, stigma, the wish to handle problem on own or within the family, and the lack of association of gambling-related problems with addiction. In addition to language problems, the lack of familiarity with the health care system as well as the lack of understanding of the applied concepts represent barriers to access. Often, the health care system is also inadequately adapted to the needs of migrants. In order to decrease access barriers for preventive offers to reduce gambling-related problems, stronger involvement of the target group is needed.

**Conclusions.** In line with the Ottawa Charter, participatory approaches must be further developed. The earlier the target groups participate in the defining the problem and selecting preventive services, the lower the barriers to using these services and to changing health-related behavior patterns.

### Keywords

Gambling addiction · Barriers · Addiction prevention · Reachability · Native speaking prevention offers

## Ansätze und Strategien für eine erhöhte Inanspruchnahme der präventiven Angebote

Ansätze, welche auf die Minimierung von Scham und Angst vor Stigmatisierung abzielen, empfehlen die Zusammenarbeit mit Multiplikatoren aus Migrationsgesellschaften, in denen die Prävalenz an glücksspielbedingten Problemen nachweislich besonders hoch ist. Die Strategie zielt darauf ab, dass diese Personen oder Institutionen die

anvisierten Zielgruppen über die mit dem Glücksspiel verbundenen Risiken informieren und das Thema der Suchterkrankung ansprechen [6, 8, 9, 28]. Die Beratungs- und Behandlungsangebote sollen bekannt gemacht und insbesondere entstigmatisiert werden [6, 8, 9, 20]. Weitere operative Empfehlungen legen nahe, dass Informationsbroschüren für pathologisch Glücksspielende abseits der Spielstätten und möglichst im öffentlichen Raum aufgelegt werden sollten, da diese von den Betroffenen aus

Scham vor Ort nur selten mitgenommen würden [20]. Ferner sollten spezifischen Informationen die Zugangswege zu entsprechenden Stellen erleichtern [18, 28]. Für das Bekanntmachen der präventiven Angebote muss aktiv auf die jeweiligen Migrationsgemeinden zugegangen werden [6, 7, 18, 22, 28].

Für die Vermittlung von präventiven Botschaften darf der Zugang über die konventionellen Kanäle wie beispielsweise Informationsbroschüren nicht außer Acht gelassen werden. Am einfachsten

**Tab. 1** Studien zur Inanspruchnahme von präventiven Angeboten durch Migrantinnen und Migranten mit glücksspielbedingten Problemen

Studie	Land	Methode
[2]	Deutschland	Repräsentative Bevölkerungsstichprobe ( $n = 444$ )
[5]	Australien	Narrative Literaturrecherche
[6]	Kanada, Ontario	Qualitative Interviews mit $n = 5$ Fachstellenmitarbeitenden sowie mit $n = 5$ Mitarbeitenden eines „responsible gaming resource centres“
[7]	Australien	Leitfadengestützte Interviews mit Schlüsselpersonen ( $n = 18$ ), Einzelgespräche und Fokusgruppen mit chinesischen ( $n = 25$ ) und tamilischen ( $n = 11$ ) Migrantinnen und Migranten sowie schriftliche Befragung aller Teilnehmenden
[8]	Australien	Narrative Literaturrecherche
[9]	Australien	Repräsentative Bevölkerungsstudie (Querschnitt), Personen mit und ohne problematischem Spielverhalten ( $n = 730$ ), davon 34 % ( $n = 208$ ) nicht in Australien geboren
[18]	Australien	Narrative Literaturrecherche und teilnehmende Beobachtungen
[20]	Deutschland	Leitfadengestützte Interviews mit Fachpersonen ( $n = 9$ ), leitfadengestützte Interviews mit türkischen Männern mit PG ( $n = 8$ ), quantitative Befragung $n = 81$ Männer mit PG, $n = 80$ Männer ohne PG
[22]	International	Narratives Review
[24]	USA	Narratives Review
[28]	Neuseeland	Formative Evaluation, Durchführung mit Mixed-methods-Ansatz
[29]	International	Systematisches Review ( $n = 38$ Artikel)

PG Pathologisches Glücksspiel

erscheint es, Informationsmaterial zu übersetzen. Allerdings kann die reine sprachliche Übersetzung ohne inhaltliche Anpassung an Normen und Werte dazu führen, dass das Angebot als kulturell unangemessen wahrgenommen wird [3]. Dieses Problem stellt sich in besonderem Maße, weil Glücksspiele unterschiedlich konnotiert werden. Es empfiehlt sich daher, mit Mediatoren zusammenzuarbeiten, welche die Inhalte nicht „nur“ sprachlich, sondern auch in Bezug auf den soziokulturellen Bedeutungsgehalt vermitteln können [6, 9, 18, 22, 28]. Wird eine größere Reichweite angestrebt, müssen die Botschaften über spezifische Kanäle vermittelt werden. Dabei sollten die von den jeweiligen Migrationsgemeinden genutzten Medien berücksichtigt werden, etwa spezielle Radiosendungen, Zeitungen oder Social Media. Außerdem sind Settings wie Imbissstuben, Kulturlokale, aber auch Wartezimmer von ärztlichen Praxen für die Verbreitung von präventionsrelevanten Informationen zu nutzen [8, 9, 18, 22, 28].

Neben Maßnahmen, welche der primären Prävention und der Gesundheitsförderung zugeordnet werden können, bedarf es für Personen mit einer subklinischen Symptomatik Maßnahmen der sekundären Prävention. Viele Migrantinnen und Migranten sind eher bereit, mit Allgemeinpraktikerinnen und -praktikern über ihre Probleme zu sprechen [2, 8, 22, 24]. Daher ist es wichtig, dass diese für die Thematik rund um das problematische Glücksspiel sensibilisiert sind. Neben Hausärztinnen und -ärzten sollten Fachpersonen der Sozialen Arbeit, aber auch Lehrpersonen für die Früherkennung von glücksspielbedingten Problemen geschult werden [15].

Neben der interkulturellen Kompetenz der Fachperson [8, 18, 29], welche unabdingbar ist, besteht das Bedürfnis nach muttersprachlicher Beratung und Behandlung [5–9, 18, 20, 29]. Es ist grundsätzlich erstrebenswert, dass Fachpersonen mit Migrationserfahrung für Präventions- und Behandlungsangebote qualifiziert werden. Ein solcher Hintergrund ist an und für sich ohne

Zweifel bereits eine Ressource; das gezielte Einsetzen dieser Ressource muss aber ebenfalls gelernt sein [6–9, 18, 22]. Steht kein muttersprachliches Personal zur Verfügung, sollten Dolmetscher zur Verfügung gestellt werden. Angehörige oder nähere Bekannte mit dieser Aufgabe zu betrauen, gilt gemeinhin als kritisch [20]. Da die Familie in Migrationssituationen eine wichtige Rolle spielen kann, müssen Behandlungskonzepte entwickelt werden, die auf Wunsch der Betroffenen Familienmitglieder einbeziehen [7, 9, 18, 22].

Es gibt Behandlungsansätze, welche sich explizit für die Anwendung in diversen Settings gut eignen. Kurze und kompakte Interventionen wie „motivational interviewing“ oder die kognitive Verhaltenstherapie erweisen sich gerade auch vor dem Hintergrund, dass Migrantinnen und Migranten möglicherweise einen niedrigeren sozioökonomischen Status haben als die einheimische Bevölkerung, als zielführend [24]. In Anbetracht dessen, dass sich Migrantinnen und Migranten in einem höheren Ausmaß vor Stigmatisierungen fürchten, erweisen sich online verfügbare Selbsthilfeprogramme als zielführend ([8]; ■ Tab. 2).

## Diskussion

Die Sichtweise, dass aktiv auf die Migrationsbevölkerung zugegangen werden und mit Multiplikatoren zusammengearbeitet werden muss, hat sich in Theorie und Praxis durchgesetzt. Nichtsdestotrotz fällt auf, dass die in den Ergebnissen vorgeschlagenen Konzepte weitgehend von qualifizierten Expertinnen und Experten entwickelt wurden und damit mehrheitlich der Top-down-Sichtweise folgen. Ansätze, die der Bottom-up-Strategie folgen, sollten in der Prävention gleichberechtigt verankert werden. Je frühzeitiger die Zielgruppen an der Problemdefinition und Angebotsgestaltung partizipieren, desto niedriger sind die Barrieren der Inanspruchnahme und Veränderung von gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen [1]. Menschen können ihr Gesundheitspotenzial nur dann weitgehend selbst entfalten, wenn sie auf Faktoren, die ihre Gesundheit beein-

**Tab. 2** Ansätze und Strategien zur Reduktion von Zugangsbarrieren im Präventionsbereich

Zugangsbarrieren	Ansätze und Strategien
Scham und Angst vor Stigmatisierung [5–10, 18, 20, 22, 24, 29]	Einbezug der Migrationsbevölkerung – Zusammenarbeit mit Multiplikatoren (Problemdefinition, Bedürfnisse), [6–9, 18, 20, 22, 22, 28] – Übersetzung der Informationsbroschüren: Mediatoren einbeziehen [3, 6, 9, 18, 22, 28] – Nutzung der Medien der jeweiligen Migrationsbevölkerung [8, 9, 18, 22, 28]
Mangelnde Orientierung im Sozial- und Gesundheitssystem [2, 5–8, 20, 22, 25, 28, 29]	
Fehlendes Verständnis für die angewendeten Beratungs- und Behandlungsmethoden [2, 6, 8, 18, 22, 28, 29]	
Wunsch, das glücksspielbedingte Problem selber, oder im Kreis der Familie zu lösen [5, 7–9, 18, 22, 29]	
Fehlende Assoziierung der glücksspielbedingten Störung mit einer Sucht [2, 6, 9, 20, 22]	
Sprachliche Barrieren und kulturell bedingte Missverständnisse [2, 6–9, 20, 22]	– Einsatz von muttersprachlichen Fachpersonen [5–9, 18, 20, 22, 29] – Dolmetscher [8, 20] – Interkultureller Kompetenz der Fachpersonen [8, 9, 18, 29]
Mangelhafte Abstimmung des Gesundheitssystems auf die Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund [2, 8, 9, 22, 29]	– Sensibilisierung Hausärzt/innen und Sozialarbeitende für Glücksproblematik [2, 8, 22, 24] – Behandlungskonzepte, die Familienmitglieder einbeziehen [7, 9, 19, 22] – Motivational Interviewing oder die kognitive Verhaltenstherapie [24] – Online verfügbare Selbsthilfeprogramme [8]
Bedenken hinsichtlich der Privatsphäre und der Vertraulichkeit [5–7, 20]	– Förderung der Qualifikation von Fachpersonen mit Migrationserfahrung
Misstrauen aufgrund von erfahrener Diskriminierung [18]	

flussen, auch Einfluss nehmen können [23].

In methodischer Hinsicht muss auf einige Begrenzungen hingewiesen werden. Die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Migrationshintergrund und glücksspielbedingten Problemen erweist sich als schwierig, weil die fundierte Analyse aller Verursachungsfaktoren von glücksspielbedingten Problemen aufgrund ihrer Vielfältigkeit, auch ohne die Berücksichtigung von Migration, nahezu unüberschaubar erscheint [26]. Außerdem sind die Gründe, weshalb Betroffene Unterstützung annehmen bzw. nicht annehmen, in der Realität viel komplexer und vielfältiger. Die im Rahmen der analytischen Epidemiologie behandelte Frage, ob eine Assoziation besteht zwi-

schen einem vermuteten Risikofaktor – z. B. Sprache als Zugangsbarriere – und dem Outcome – (k)eine Inanspruchnahme einer Behandlung – und ob diese Assoziation kausal ist, kann mit den gängigen sozialwissenschaftlichen Methoden nicht überprüft werden. Die Ergebnisse müssen aus dieser Perspektive diskutiert und mit Vorsicht interpretiert werden.

### Fazit für die Praxis

#### Prävention und Gesundheitsförderung:

- Einbezug der anvisierten Zielgruppe bei der Problemdefinition, der Bedürfnisartikulation und bei der Angebotsentwicklung,
- direkte Ansprache der Zielgruppe und Information über bestehende

#### Beratungs- und Behandlungsangebote,

- Zusammenarbeit mit Personen oder Institutionen, die die präventiven Botschaften an die Zielgruppe weiterleiten und dadurch multiplizieren,
- Förderung der Qualifikation von Fachpersonen mit Migrationserfahrung aus dem Gesundheitssystem.

#### Früherkennung:

- Der Zugang zur Regelversorgung ist einfacher; die Barrieren sind niedriger. Daher sollte diese Berufsgruppen für die Thematik des problematischen Glücksspiels sensibilisiert werden.

#### Beratung und Behandlung:

- muttersprachliche Behandlungsangebote,
- Behandlungskonzepte, die den Einbezug von Familienmitgliedern miteinschließen,
- Interventionen wie „motivational interviewing“ oder die kognitive Verhaltenstherapie.

### Korrespondenzadresse

#### Prof. Dr. Suzanne Lischer

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit  
 Werftstrasse 1, 6002 Luzern, Schweiz  
 susanne.lischer@hslu.ch

**Funding.** Open access funding provided by Lucerne University of Applied Sciences and Arts

### Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** S. Lischer gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von der Autorin keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

**Open Access.** Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbil-

dungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

## Literatur

1. Altgeld T, Kickbusch I (2012) Gesundheitsförderung und Prävention. *Public health. Gesundh Gesundheitswes* 3:187–196
2. Bischof A, Meyer C, Bischof G et al (2015) Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen bei pathologischen Glücksspielern. *Suchttherapie* 16:9–17
3. Brand T, Kleer D, Samkange-Zeeb F et al (2015) Prävention bei Menschen mit Migrationshintergrund. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 58:584–592
4. Braun B, Ludwig M, Slecza P et al (2014) Gamblers seeking treatment: who does and who doesn't? *J Behav Addict* 3:189–198
5. Dickins M, Thomas AC (2016) Gambling in Culturally and Linguistically Diverse Communities in Australia. Australian Gambling Research Centre, Australian Institute of Family Studies, Melbourne
6. Dinshaw FM, Mooney E, Pietropaolo V et al (2017) Exploring how immigrant and ethnocultural populations in southern ontario seek help for gambling problems
7. Feldman S, Radermacher H, Anderson C et al (2014) A qualitative investigation of the experiences, attitudes and beliefs about gambling in the Chinese and Tamil communities in Victoria. Victorian Responsible Gambling Foundation Victoria, Victoria
8. Gainsbury S, Hing N, Suhonen N (2014) Professional help-seeking for gambling problems: awareness, barriers and motivators for treatment. *J Gambl Stud* 30:503–519
9. Gainsbury SM (2017) Cultural competence in the treatment of addictions: theory, practice and evidence. *Clin Psychol Psychother* 24:987–1001
10. Hing N, Russell A, Nuske E et al (2015) The stigma of problem gambling: causes, characteristics and consequences
11. Hodgins DC, El-Guebaly N (2000) Natural and treatment-assisted recovery from gambling problems: a comparison of resolved and active gamblers. *Addiction* 95:777–789
12. Jacoby N, Von Lersner U, Schubert HJ et al (2013) The role of acculturative stress and cultural backgrounds in migrants with pathological gambling. *Int Gambl Stud* 13:240–254
13. Johansson A, Grant JE, Kim SW et al (2009) Risk factors for problematic gambling: a critical literature review. *J Gambl Stud* 25:67–92
14. Kastirke N, Rumpf H-J, John U et al (2015) Demographic risk factors and gambling preference may not explain the high prevalence of gambling problems among the population with migration background: results from a German nationwide survey. *J Gambl Stud* 31:741–757
15. Lischer S, Häfeli J, Villiger S (2014) Sensibilisierung der Fachpersonen des externen Versorgungssystems für Glücksspielsuchtspezifische Probleme. *Sucht* 60:289–296
16. Lischer S, Häfeli J, Villiger S (2014) Vulnerable Personengruppen im Glücksspielbereich. *Präv Gesundheitsf* 9:47–51
17. Loy JK, Grüne B, Braun B et al (2019) Help-seeking behaviour of problem gamblers: a narrative review. *Sucht* 64(5–6):259–272
18. Mazbouh-Moussa R, Ohtsuka K (2017) Cultural competence in working with the Arab Australian community: a conceptual review and the experience of the Arab Council Australia (ACA) gambling help counselling service. *Asian J Gambl Issues Public Health* 7:10
19. Meyer C, Rumpf H-J, Kreuzer A et al (2011) Pathologisches Glücksspielen und Epidemiologie (PAGE): Entstehung, Komorbidität, Remission und Behandlung. Endbericht an das Hessische Ministerium des Innern und für Sport. Universitäten Greifswald und Lübeck, Greifswald/Lübeck
20. Milin S, Buth S, Karakuş D et al (2017) Glücksspielprobleme bei türkeistämmigen Migranten – Ursachen, Barrieren der Inanspruchnahme von Hilfen und Unterstützungsbedarfe. *ISD-Hamburg, Hamburg*
21. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J et al (2009) Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med* 6:e1000097
22. Oei T, Raylu N, Loo J (2019) Roles of culture in gambling and gambling disorder. In: *Gambling disorder*. Springer, Berlin Heidelberg, S 271–295
23. Organization WH (1993) Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. WHO-autorisierte Übersetzung: Hildebrandt H, Kickbusch I (2020) WHO-Regionalbüro für Europa, Kopenhagen, S 8–13. [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf). Zugegriffen: 15. Mai 2020
24. Richard K, Baghurst T, Faragher JM et al (2017) Practical treatments considering the role of sociocultural factors on problem gambling. *J Gambl Stud* 33:265–281
25. Rommel A, Köppen J (2016) Migration und Suchthilfe – Inanspruchnahme von Leistungen durch Menschen mit Migrationshintergrund. *Psychiatr Prax* 43:82–88
26. Sahrai D (2009) Healthy Migrants oder besondere Risikogruppe. *Jahrb Krit Med Gesundheitswiss* 45:70–94
27. Suurvali H, Cordingley J, Hodgins DC et al (2009) Barriers to seeking help for gambling problems: a review of the empirical literature. *J Gambl Stud* 25:407–424
28. Tse S, Wong J, Lim G et al (2014) "Gamblefree day," A community project to minimise harm caused by gambling disorder in new zealand Chinese and Korean communities: formative evaluation and lessons learnt. *J Psychosoc Rehabil Ment Health* 1:77–84
29. Wardle H, Bramley S, Norrie C et al (2019) What do we know about gambling-related harm affecting migrants and migrant communities? A rapid review. *Addict Behav* 93:180–193