

Ethische Herausforderung am Krankenbett, Denkstile und Handlungsbegründungen *

Der Arzt unserer Tage lebt in einer Zeit, in der er mehr und mehr mit Fragen der Ethik in seinem ärztlichen Beruf konfrontiert wird. Waren es früher allenfalls in Festvorträgen angesprochene Reflektionen über ärztliche Verhaltensweisen, ja ärztliche Haltung, gibt es heute Kommissionen für medizinische Ethik in der Forschung, Kongresse, neu etablierte Fachzeitschriften, die sich mit einer „eigenen Ethik in der Medizin“ auseinandersetzen. Dabei sind es zunächst die großen Themen des mit naturwissenschaftlicher Methodik errungenen Fortschritts, wie extracorporale Befruchtung und Gentechnologie, Schwangerschaftsabbruch, Organtransplantation, Intensivmedizin und Sterbehilfe, die ihn fordern und Antworten auf Fragen der Öffentlichkeit verlangen. Über diese aktuellen Herausforderungen hinaus wird aber auch in zunehmendem Maße ethisches Denken im ärztlichen Alltag hinterfragt, ärztliches Tun und Lassen im Hinblick etwa auf Informationsverarbeitung und Risikoabschätzung untersucht.

Der ältere Arzt wird sich fragen, ob er das nicht eigentlich schon immer und stillschweigend vor allen Dingen getan hat, ob nicht heute ethische Probleme unter dem Druck der Öffentlichkeit eher künstlich in den Vordergrund gespielt werden und er unter Einbindung anderer Wissenschaften wie Soziologie, Jurisprudenz und Ökologie gezwungen ist, Reflektionen über eige-

ne Verhaltensweisen auch kundzutun. Und dies vor dem Hintergrund einer geschichtlichen Entwicklung, in der die Erkenntnisse der Forschung in der Medizin zur Umsetzung politischer und weltanschaulicher Ziele von Ärzten sträflich mißbraucht wurden. Unser Land hat ja gerade hier traurige Beispiele ärztlichen Versagens, ja Verbrechens erleben müssen.

Fernab von eher spektakulären Kondensationspunkten ärztlicher ethischer Fragestellungen sollte meine heutige Stellungnahme den täglichen Problemen am Krankenbett zuzuordnen sein. Es ist der Bericht eines älteren Klinikers, der einige wenige Fragen aus dem „Alltäglichen“ unserer Arbeit herausgreift und versucht, dem anspruchsvollen Titel unseres Symposiums einigermaßen gerecht zu werden. Dabei gilt es einen Weg aufzuzeigen, auf dem der Arzt aus seiner historischen Rolle des primären Helfers über den im 19. Jahrhundert zunehmenden, mehr in den Vordergrund tretenden Anspruch des aktiven Heilers nicht selten zum Grenzgänger zwischen iatrotechnischem Vermögen und humanitären Ansatz werden muß. Dabei möchte ich von vornherein meinen Standpunkt dahingehend klarstellen, daß auch die gezielt eingesetzte Technik in Diagnose und Therapie, wie etwa Röntgen, Ultraschall, Computertomographie, Katheterismus und Endoskopie wieder Vertrauen des Kranken zu sich selbst bewirken können (Überwachung, Kontrolle von lebenswichtigen Funktionen auf Intensivstation) und sei es durch Beseitigung der ihn quälenden klinischen Symptome

* Textfassung eines Vortrages, der anlässlich des Internistenkongresses im April in Wiesbaden gehalten wurde.

und Wegnahme von Furcht vor Versagen. Hier wird die Technik zum Instrument von Humanität. Es ist nur wichtig, daß der Arzt sich nicht im Spiel der technischen Möglichkeiten verliert.

Für den um unsere Kranken tätigen Arzt wird es zunehmend daher notwendig sein, sein eigenes Handeln zu überdenken, ja möglicherweise auch Korrekturen in seinem eigenen Ansatz anbringen zu müssen. Dabei kann es nicht darauf hinauslaufen, daß Vorstellungen aus anderen Wissenschaften, etwa aus der Jurisprudenz, der Tertiologie, der Ökologie primär seine Einstellung bestimmen, es gilt vielmehr eine eigene Haltung – oder wie hier gesagt ist – einen eigenen Denkstil zu finden, der es ihm auch ermöglicht, mit den immer neu auf ihn zukommenden Herausforderungen aus den Naturwissenschaften und der Technik, aber eben auch nicht nur aus diesen, sondern auch den aus den Geisteswissenschaften fertig zu werden, sie in sein eigenes Konzept bzw. in seinen Denkstil einzubauen.

Für die Älteren von uns, die ein Leben lang mit Kranken zu tun gehabt haben, und die als Grundlage die richtige Einschätzung des eigenen Denkens und Handelns vor dem Schatz der mit sich selbst gewonnenen Erfahrung für sich buchen können, bedeutet das ein ständiges Offen sein für neue Erkenntnisse und Errungenschaften, eine Verpflichtung zur ständigen Erneuerung ihres Wissensstandes. Für die Jüngeren, denen die Erfahrung fehlen muß, gilt es aus dem Studium und der Ausbildung heraus erst einen Weg, ihren Weg, zu finden. Dies aber – und darüber sollten wir uns völlig im klaren sein – ist auch Aufgabe der Erziehung.

Untersucht man daraufhin die Ausbildung des jungen Arztes unserer Tage, dann kann man sehr schnell feststellen, daß der überladene und durch Ansammlung von immer mehr Spezialwissen aus-

gefüllte Lehrplan es nicht gerade erleichtert, einen Weg zum eigenen Arzttum zu finden. Denken wir doch nur an den Studiengang in unserer Inneren Medizin, die sich ja heute an manchen Universitäten als eine Summe von Teilgebieten und kaum mehr als einheitliches Fach darstellt. Waren es früher die großen klinischen Lehrer, die allein in der Hauptvorlesung über Jahre hinaus ärztliches Denken vor dem Hintergrund minutiöser Krankenvorstellungen lehrten, sind es heute nicht selten und häufig mehrere Spezialisten, die gleich einem Staffettenlauf das Kolleg durcheilen, darauf bedacht sind, ihr hochspezialisiertes Wissen auch ja zu vermitteln, kaum eine Spezialität auslassen, um auch ja in der Konkurrenz zu ihren Mitläufern den letzten Stand ihres eigenen Wissens zu vermitteln. Dabei bleibt leider auch die Idee der Inneren Medizin auf der Strecke. Und dies noch bei einem Prüfungssystem, in welchem anhand eines Prüfungskataloges mehr spezialistische Vokabeln abgefragt werden und das Wissen um Zusammenhänge der ganzen Person des Kranken verloren geht. Wen wundert es, wenn der ältere Student oder auch der junge Arzt beim Eintritt in die Klinik seine Kranken im wesentlichen anhand der Daten, die ihm Technik und Labor liefern, beurteilt und so „fernab vom Krankenbett“ zu seiner Diagnose zu kommen sucht. Der verallgemeinernde Vorwurf, der Arzt wäre mehr Meßknecht und Ingenieur in der Apparatedizin könnte allein vom Ausbildungsgang her schon hier seine Wurzeln finden.

Grundsätzlich sollte man doch nie vergessen, daß Technik und Chemie dem Arzt auf der Suche nach der Diagnose zu dienen haben und nicht umgekehrt die Aufgabe des Arztes darin besteht, die Ergebnisse aus den primär angesteuerten Laboratorien zusammensetzen und in integrierender Auswertung die vermeintliche

Diagnose abzulesen. Dies könnten in Zukunft unschwer Computer tun. Die Person des Arztes muß primär und als erstes in die Begegnung mit dem Kranken eingebracht werden. Eine Selbstverständlichkeit und Banalität im Vortrag wird vielleicht mancher von Ihnen denken. Aber sieht man sich einmal manche internistische Sprechstunde, manche klinische Station an, dann wird dort der hilfeschuchende Patient nur allzuhäufig als erstes mit technischen Apparaten (EKG, Röntgen) von blutabnehmendem Hilfspersonal konfrontiert, um erst dann mit seinen Daten auf den verantwortlichen Arzt zu treffen, der bereits aufgrund der vorliegenden Ergebnisse eine vorgefaßte Meinung haben muß. Wer auch aus rein zeitpraktischen Gründen auf ein solches Vorgehen nicht verzichten will, muß dabei nicht nur den Verlust der initialen Begegnung mit dem Patienten, sondern meiner Ansicht nach auch den intuitiven Spaß an der Diagnostikstellung mehr und mehr verlieren.

Am Anfang jedes Untersuchungsanges steht für den Kranken grundsätzlich die Begegnung mit dem Arzt, dem er seine Beschwerden, seine Wünsche und Ängste vortragen kann. Die klassische Untersuchungstechnik mit Anamnese und Befund – von Intensivmaßnahmen bei bewußtlosen und akut bedrohlichen Fällen, wo man zunächst handeln muß einmal abgesehen – hat auch im Zeitalter der Technik noch die primäre Kommunikation zwischen Arzt und Patient zu sein, sie schafft die fortan notwendige Bindung, aus der heraus dann die weiteren Schritte und Entscheidungen getroffen werden können. Aus Frage und Antwort, dann oft geduldigem Zuhören entwickelt sich die für später oft bedeutungsvolle Beziehung. Psychoanalytische Technik gehört keinesfalls in die erste Begegnung, sie ist ebenso eine Spezialität wie etwa der Katheter oder das Endoskop und ebenso wie diese

nicht ohne Gefahrenquellen. Man wundert sich nicht selten, was nicht ärztlich ausgebildete Psychologen und Soziologen bei primärer Intervention durch die Kranken auszugraben versuchen, dabei wichtige Signale übersehen und trotzdem nicht selten den Anspruch erheben, den einzigen humanitären Ansatz in ihrer Hilfestellung zu haben.

Auch für den oft mit exzellentem Know-how ausgerüsteten Spezialisten im Katheterlabor, in der Endoskopie, in der Röntgenabteilung gehört initial das vertrauensbildende Gespräch zwischen Arzt und Patient. Man wundert sich, wie in einzelnen und vorzüglich ausgerüsteten Abteilungen mit hoher Kunstfertigkeit in den Eingriffen fast fabrikmäßig Arbeit am Fließband geleistet wird. „Die Sucht nach der Zahl“ der zu bewerkstellenden Untersuchung steht dabei nicht selten auch im Vordergrund wissenschaftlichen Interesses, ähneln unsere eigentlich als Internisten ausgewiesenen Kollegen und Spezialisten hier in ihrem Ansatz mehr dem der erfolgreichen Chirurgen, die im Vergleich der Anzahl durchgeführter Operationen sich im wissenschaftlichen Vergleich mit ihren Kollegen messen.

Immer neue klinische Studien zur Evaluierung oft nur geringfügigen therapeutischen Fortschritts sind durchaus geeignet diese Mechanismen zu verstärken. Der Spezialist in der Inneren Medizin darf bei aller Anerkennung seiner diagnostischen und therapeutischen Erfolge nicht vergessen, daß es gilt diesen neuen und eigenen, durch persönliches Zutun und durch seine Originalität erbrachten Zusatz an Wissen und technischen Fertigkeiten zum Vorteil des Ganzen, bei dem meist multimorbiden Kranken unserer Disziplin, Innerer Medizin zu integrieren.

Man unterschätze auch nicht die Bedeutung einer initial und durch den verantwortlichen Arzt durchgeführten großen

und umfassenden körperlichen Untersuchung (Status praesens). Abgesehen von richtungsgebenden Informationen auf der Suche nach der Diagnose hilft sie durch einen direkten körperlichen Kontakt, die Distance zwischen Arzt und Patient zu überwinden und „Nähe“ zu schaffen. Sie befreit den Arzt aus der Rolle eines Schiedsrichters über Meßergebnisse, wenn er nur Daten ordnet, und bewirkt die unmittelbare personale Verbindung zwischen zwei Menschen. Über die Sprache hinaus wachsen dem Arzt in seinen Händen und seinen Augen wichtigste Instrumente zur Bindung zwischen ihm und seinen Kranken. Fehlt, aus was für Gründen auch immer, etwa auf der Intensivstation die Sprache als Mittler zur Kommunikation, dann sind es oft allein wichtige, ja entscheidende Hilfen. Über die intellektuelle Leistung hinaus wird mehr zu verlangen sein, wie Zuwendung und Hingabe als solche, wobei allein nicht die Sprache, nicht selten allein Augen und Hände als Vermittler von Hilfe, von Zuneigung, von Führung und auch von Menschenliebe den Ausschlag geben können.

Diese enge Bindung scheint für mich wichtigste Voraussetzung, wenn es darum geht, bei feststehender Diagnose mit dem Kranken über die Prognose zu sprechen. Ist diese Vorhersage ungünstig, dann kommt der Arzt eigentlich immer in einen inneren Konflikt: darf ich und wann soll ich mit dem Kranken über das reden, was nach menschlichem Ermessen unumgänglich ist, ohne ihm dabei zu schaden. Abgesehen davon, daß auch eine noch so sicher gestellte Diagnose Irrtümer und Fehlermöglichkeiten, insbesondere was die Dauer des Leidens anbelangt, in der Vorhersage zuläßt, ist sich der Arzt nicht immer im klaren, ob er in allen Fällen die Wahrheit sagen muß, ob nicht die Notlüge sogar in einzelnen Fällen gefordert ist, um dem Kranken zu helfen. Überblickt man die

hier vorhandene Literatur, dann kann man nachlesen, daß die Ärzte der von den Juristen geforderten Aufklärungspflicht nicht im gewünschten Ausmaß nachkommen. Im Jahr 1973 ergaben die Antworten von 1082 niedergelassenen Ärzten eine deutliche Abhängigkeit der Aufklärungsfreudigkeit von der Schwere der Erkrankung. Bei leichtem Befund klären 89,4% der Ärzte den Kranken im allgemeinen unaufgefordert auf, aber nur 11,2% bei unheilbar progredienten Krankheiten, bei bösartigen Tumoren sogar nur noch 8,9% (Gostomzyk). Siegrist hat bei seinen Untersuchungen festgestellt, daß Ärzte in der Klinik bei der täglichen Visite zu 92% ausweichend auf Fragen der Kranken antworten, wobei alle Fragen, nicht nur die nach der Prognose, mit seinen Untersuchungen subsumiert waren. Auch wenn die Ergebnisse dieser Untersuchungen zu diesem Problem uneinheitlich und mit methodischen Mängeln behaftet sind – z. B. bleibt oft unklar, was unter Diagnosemitteilung verstanden wird – so muß doch insgesamt davon ausgegangen werden, daß – gemessen am Patientenwunsch – die Ärzte selten und nach Ansicht vieler zu wenig ihre Kranken aufklären (Geadke 1980). Auch heute – die Untersuchungen liegen über 15 Jahre zurück – dürfte das immer noch so sein, selbst wenn man bedenkt, daß unter dem Druck von Gerichtsurteilen etwa in den USA ein Trend zu vermehrter Aufklärungsbereitschaft festzustellen ist. Sieht man einmal das Problem von seiten der Patienten, dann scheinen zahlreiche Studien zu belegen (Schulz und Aldermann), daß mehr als 60% der Kranken wissen wollen, ob ihre Krankheit zum Tode führt. Gerade die junge Generation meiner Studenten vertritt auch eine strenge Auffassung, daß der Patient ein Recht auf ungeschminkte Wahrheit hat. Sie glauben, daß die nackte Wahrheit dem Kranken sogar hilft, mit

seinem Schicksal sich zu arrangieren, ganz abgesehen davon, daß es dem Arzt die Freiheit läßt, bei auch durch den Verlauf des Leidens für den Kranken immer eindeutiger werdender Prognose nicht als Lügner dastehen zu müssen und somit das Arzt-Patienten-Verhältnis zu gefährden. Es besteht kein Zweifel, daß der Faktor Zeit – also zu welchem Zeitpunkt der Arzt zur Offenlegung seines Wissens gefordert ist – eine nicht zu unterschätzende Rolle spielt. Das Argument der Verfechter einer absoluten Aufklärungspflicht, daß es in Wahrheit nicht der Arzt, sondern die tödliche Krankheit selbst ist, die die Kranken nach Aufklärung dann im Angesicht der Realität des drohenden Todes zur Auseinandersetzung mit dem eigenen Schicksal zwingt, ist wenig hilfreich, ja kann falsch sein, wenn sich der Arzt nicht nur als datenvermittelnder Computer, sondern als Helfer versteht, den der Kranke in seiner Not angerufen hat. Beim Blick zurück wird es vielen älteren und gewissenhaften Ärzten und Helfern sogar klar werden, daß sie der Aufklärungspflicht durch Darlegung der absoluten Wahrheit eher selten entsprochen haben. Viele Gründe können hierfür angeführt werden: die Tatsache, daß Todkranke oft die Wahrheit gar nicht wissen wollen und selten danach fragen. Auch provokative Fragen erlebt der Arzt, wissend, daß der Kranke nicht die volle Wahrheit erfahren will, oder nur auf eine mildere Teilantwort hofft.

Ganz oben an in der Aufzählung meiner Ursachen steht auch das Erleben von Menschen, die in gesunden Tagen – sogar publizistisch – auf der Mitteilung der vollen Wahrheit bestehen, in der eigenen, todbringenden Krankheit auch nur die Andeutung der Schwere des Geschehens aber ablehnen. Der Arzt, der gewohnt ist, mit Schwerleidenden und Sterbenden umzugehen, macht an sich die Erfahrung, daß es zwischen absoluter Wahrheit und

Lüge eine Skala von Zwischentönen gibt, die der Individualität des Kranken angepaßt zum Klingen kommen müssen. Dabei gilt es nicht Statistik oder Programme zu verwirklichen, sondern zu hören und zu fühlen, was der Kranke wissen will, was er gerade braucht, was ihm nützen und was ihm schaden kann.

„*Persönliche Medizin*“ möchte ich sagen, ist angezeigt, wobei die einmalige, ja unverwechselbare Bindung zwischen dem Kranken und seinem Arzt vor Fehlern schützen hilft. Vor ihr – der persönlichen Medizin – haben sich auch in einer immer technischer werdenden Zeit die ärztlichen Denkstile zu entwickeln.

Sie gestatten dem Arzt über eine personale Kommunikation und die dabei gewonnenen Erfahrungen hinaus auch Fragen allgemeinerer sozialer Ethik zu stellen und nach Antworten zu suchen. Dieser mehr induktive Weg bis hin zu ethischen Forderungen kann genauso zur Stellungnahme bei grundsätzlichen Problemen führen, wie auf der anderen Seite Rückwirkung übergreifender Axiome auf den einzelnen Kranken möglich werden (deduktive Methode). So werden heute Ansätze klinischer Forschung am Menschen durch das Placet von Ethikkommissionen überhaupt erst förderungsrelevant. Es gilt Forschung an einzelnen zum Nutzen vieler voranzutreiben, ohne den Patienten im experimentellen Ansatz zu mißbrauchen. Fragen der Transplantation, des Spenderpatienten und der Selektion werden genauso anzugehen sein, wie die Probleme von passiver und aktiver Euthanasie.

So kann zur *passiven Euthanasie*, d. h. der absichtlichen Verkürzung des in Gang befindlichen Sterbeprozesses, in dem kein Versuch unternommen wird, das Leben zu verlängern, ein bedingtes Ja gesagt werden.

Aktive Euthanasie, d. h. der Tod auf Verlangen durch eine tödliche Spritze oder

durch Zurverfügungstellung von Gift, zerstört das Arzt-Patienten-Verhältnis und ist abzulehnen, sie ist ärztlich und rechtlich unzulässig, auch wenn sie vom Kranken verlangt wird. Gerade hier entscheidet sich die ethische Bindung des Arztes an seinen Auftrag, in Verantwortung seiner Achtung vor der Würde des Menschen. Für Psychopathen, die ihr Geltungsbeußtsein an dieser Frage entzünden und auf politische Ebene zu transformieren suchen, darf kein Raum sein. Der Weg vor dem Hintergrund einer persönlichen Medizin, der so nahe an die Grenze der entscheidenden Fragen unseres Lebens führt, muß ein stiller Weg bleiben. Die Verantwortung trägt allein der behandelnde Arzt, sie ist nicht teilbar.

In den Mitteilungen des Murrhardter Kreises, der sich mit der Verbesserung der Ausbildung zum Arzt befaßt, heißt es, daß medizinische Ethik nicht allein Individualethik sein kann, sondern auch Sozialethik im allgemeinen Sinne sein muß. Das führt über zu der Frage, ob unsere jungen Studenten und Ärzte in ihrer Ausbildung zu wenig mit ärztlichen Denkstilen und Verhaltensnormen konfrontiert werden. Aus merkbaren Defiziten im Studiengang werden Gespräche in kleinen Gruppen im Stundenplan gefordert, in denen fallorientiert oder allgemeiner und dies im interdisziplinären Ansatz die Studenten für ethische Fragen sensibilisiert und ethische Grundpositionen vermittelt werden sollen. Ich frage mich, ob es mit solchen Diskussionsrunden über ärztliche Ethik wirklich allein getan ist. Es gilt meiner Ansicht nach vielmehr, Ärzte auszubilden, ja zu erziehen, die in freier Entfaltung ihrer Persönlichkeit und ihrer Anlagen den Weg zum eigenen, ganz persönlichen Arzttum finden. Nach wie vor sollte das Lehrer-Schüler- oder besser Meister-Schüler-Verhältnis in einer immer mehr verschulenden Universität zum Tragen kommen.

Manchen scheint vieles heute davon eher antiquiert. Es ist sicher richtig, daß sich vieles in dem Verhältnis zwischen Lehrendem und Lernenden gewandelt hat. Mit der Ausweitung des Wissens und einer zunehmenden Spezialisierung ist es heute für den Lehrer einfach unmöglich, dem Lernenden immer in allem voraus zu sein. Der Ältere an den Universitäten erlebt im Umgang mit den Assistenten heute doch regelmäßig, daß er manchmal im Detailwissen überfragt ist, der Fluß geht nicht selten auch in umgekehrter Richtung. Aber nicht die Weitergabe von reinem Wissensstoff soll der Inhalt der Beziehung zwischen Lehrer und Schüler sein. Ärztliches Denken und Handeln ist eben nicht nur die Summe von angereichertem Faktenwissen, es ist vielmehr Können und Haltung am Krankenbett, im weitesten Sinne die Beherrschung unserer Methode. Die Aneignung dieser Methode, ihrer Durchdringung und Aufnahme in eigenes Handeln, das ist es, was allein im lebendigen Verkehr von Meister und Schüler erworben werden kann. Es war nie der objektive Umfang des Wissens, es war immer die ärztliche Methode, Wissen, Fühlen und Handeln, in der sich Lehrende und Lernende fanden, in der Gemeinsamkeit von Arbeit und Ziel, die Solidarität ihrer Interessen entdeckten, sich im Ideal näherten und berührten. In der engen Beziehung zu seinem Lehrer, seinen Stärken und seinen Schwächen sollte der junge Mediziner wieder die Chance finden, eigene Denkstile zu entwickeln und seine ganz persönliche Medizin zu finden. Gerade das Vorbild prägt weit mehr als jedwede Diskussion um ethische Werte.

Die enge Verbindung zwischen Lehrer und Schüler hilft auch in Grenzsituationen, wie etwa Tod und Sterben des Kranken, Orientierungsmarken für eigenes Verhalten zu finden. Der Arzt als Grenzgänger im Begleiten seiner Kranken in der

Phase zwischen Leben und Tod wird sehr bald erkennen, daß es hier mit erlerntem Wissen, mit technischen Fertigkeiten oder gar mit Psychoanalytik nicht mehr geht, nicht mehr gehen kann. Er ist eingebunden in das größte Geheimnis unseres Lebens, aber eben auch nicht als Wissender, sondern genauso wie jeder andere Mensch als Suchender in Verantwortung für seinen Nächsten. Fliehen darf er nicht, er muß standhalten. Wenn auch für ihn unlösbare Fragen und Signale seines Kranken ihn fordern und seine eigenen Grenzen offenlegen. Er hat Teil am Geheimnis des Sterbens und in seiner persönlichen Medizin bleibt ihm oft nichts als das Schweigen, welches ihn mehr mit dem Sterbenden verbindet, als manch gesprochenes Wort.

Mancher, um seine Kranken in ständiger Sorge bemühter Arzt wird wahrscheinlich mit Recht denken, daß mit großen Worten und Reden ethische Fragen allenfalls angesprochen, aber niemals gelöst werden können. Denkstile in der Medizin sind schwer zu beschreiben, niemals vorzugeben und haben als Teil des eigenen Wesens in seine persönliche Medizin einzufließen. Mit der einfachen Formulierung der alten französischen Klinik, an die uns Hans Dengler 1983 am Ende seiner Eröffnungsrede zum Internistenkongreß erinnerte, ist vieles gesagt: *Guerir quelquefois, soulager souvent, consoler toujours*: also heilen selten, bessern oft, trösten immer.