

Klientenzentrierte Gesprächsführung

Ansgar A. Plassmann

Universität Duisburg-Essen,
Standort Essen, FB 1, VOR
Universitätsstraße 12
45117 Essen

März 2003

1. Klientenzentrierte Gesprächsführung

Die Klientenzentrierte Gesprächsführung (entwickelt von Carl Ransom Rogers) geht von der Grundannahme aus, dass alle Menschen gut sind und, dass jeder Mensch danach strebt, seine Leistung voll zu entfalten.

Dieses Menschenbild stellt einen gravierenden Unterschied zur Psychoanalyse dar, da dieser humanistische Theorieansatz besagt, dass sich jeder Mensch optimal entwickelt, wenn er eine Chance dazu erhält. Durch diese Auffassung wird die Selbstexploration¹ des Klienten gefördert: In der Auseinandersetzung mit dem eigenen Selbstbild („Was halte ich von mir?“) und dem Selbstideal („Wie wäre ich gerne?“ „Wie sollte ich sein?“) verändert und flexibilisiert sich sein Selbstkonzept und der Klient kann seine Erfahrung besser integrieren. Ziel ist die Veränderung des inneren Bezugssystems.

Rogers Persönlichkeitstheorie unterstellt keine Psychopathologie – also keine vorliegende Krankheit.

„Für ihn [Rogers; Anm. d. Verf.] hat die subjektive, in eigener Weise erlebte (phänomenologische²) Welt des Individuums genügend Informationsgehalt zum Verstehen der Verhaltens.“ Reichtien (1988, 101)

Im Mittelpunkt der Beratung steht das Individuum und nicht das Problem. Das Ziel liegt nicht im Lösen eines bestimmten Problems, sondern man versucht dem Individuum zu helfen, sich so zu entwickeln, dass es mit dem gegenwärtigen Problem und mit später auftretenden Problemen auf bessere Weise umgehen kann.

Dieser Ansatz „zielt direkt auf die größere Unabhängigkeit und Integration des Individuums ab, statt zu hoffen, daß sich diese Resultate ergeben, wenn der Berater bei der Lösung des Problems hilft. Das Individuum steht im Mittelpunkt der Betrachtung und nicht das Problem.“

„Das Individuum steht im Mittelpunkt der Beratung und nicht das Problem. Das Ziel ist es nicht, ein bestimmtes Problem zu lösen, sondern dem Individuum zu helfen, sich zu entwickeln, so daß es mit dem gegenwärtigen Problem und mit späteren Problemen auf besser integrierte Weise fertig wird“ Rogers (1999, 36).

„Die nicht-direktive Gruppe legt den Nachdruck auf den Klienten und nicht auf das Problem. Wenn der Klient durch die Beratungs-Erfahrung zu genügend Einsicht gelangt, um sein Verhältnis zur Realen Situation zu verstehen, dann kann es zur Anpassung an die Realität die Methode wählen, die für ihn den höchsten Wert hat“ Rogers (1999, 120).

„Das Ziel ist es nicht, ein bestimmtes Problem zu lösen, sondern dem Individuum zu helfen, sich zu entwickeln, so daß es mit dem gegenwärtigen Problem und mit späteren Problemen auf besser integrierte Weise fertig wird.“ Rogers, Carl (1999, 36)

„Guter Rat und Überredung sind häufig benutzte Methoden der Psychotherapie, die man vielleicht unter dem Begriff Intervention³ zusammenfassen könnte. Bei dieser Art Ansatz bestimmt der Berater das zu erreichende Ziel und greift vermittelnd in das Leben des Klienten ein, um sicherzustellen, daß das Individuum sich in Richtung auf dieses Ziel bewegt.“ Rogers, Carl (1999, 31)

„Gesprächspsychotherapie (...) ist eine bestimmte Art sozialer Interaktion und verbaler Kommunikation zwischen zwei oder mehreren Personen, wesentlich und planmäßig bestimmt durch gewisse Merkmale des Verhaltens des Psychotherapeuten. Ziele dieser sozialen Interaktion und verbalen Kommunikation sind Änderungen des Psychischen – Erlebnisinhalte, Einstellungen und Verhaltensweisen – des Klienten, eines Individuums mit gewissen emotionalen und Verhaltensschwierigkeiten und deutlichem Wunsch ihrer Änderung.“ Tausch (1968, 3)

Der Organismus verfügt lt. Rogers über eine angeborenen Neigung (Aktualisierungsmodell), all seine Fähigkeiten so zu entwickeln, dass sie ihn erhalten und fördern. Reife, gut angepasste Menschen handeln aufgrund ihrer eigenen Bewertungen (was ihrer Selbstbefriedigung dient). Dieses gesunde Wachstum wird durch fehlerhafte Lernmuster behindert, welche die Person veranlassen, anstelle der Bewertungen, die die eigene Psyche und der eigene Körper liefern, Bewertungen von anderen zu

¹ Selbstexploration = Selbsterkundung; die Fähigkeit in sich selbst hineinzusehen

² Phänomenologie = Lehre von den Erscheinungen; hier: individuelle Anschauung der erlebten Sachverhalte; Anm. d. Verf.

³ Intervention = Eingreifen, Einschreiten; Anm. d. Verf.

übernehmen (siehe auch Asch-Versuch, Sozialpsychologie). Ein Konflikt zwischen dem eigenen natürlichen positiven Selbstbild und negativen Kritiken (Inkongruenz⁴) von außen führt zu Angst und Unglücklichsein.

Die Therapie sollte es dem Klienten ermöglichen, die Fähigkeit zur Selbstbewertung neu zu erwerben. Er lernt von neuem zu beurteilen, wie er sich am besten verhält, um die eigene Entwicklung und die Selbstverwirklichung zu fördern.

Es geht im klientenzentrierten Ansatz nicht darum, den Klienten zu bewerten oder zu beurteilen, sondern ihn bei der Entdeckung seiner Individualität zu unterstützen. Der Therapeut hat somit nur eine Katalysatorfunktion: Er fördert den Prozess, aber der Prozess selbst muss vom Klienten geleistet werden. (Vgl. Sachse, 1996, 96)

„Die nicht-direktive Beratung basiert auf der Voraussetzung, daß der Klient das Recht hat, seine Lebensziele selbst zu wählen, selbst wenn diese im Gegensatz zu den Zielen stehen, die der Berater für ihn ausgewählt hätte. Außerdem glauben wir, daß das Individuum wahrscheinlich eine kluge Wahl treffen wird, wenn es zu einer gewissen Einsicht in sich selbst und in seine Probleme gelangt ist“ Rogers (1999, 119).

„Der nicht-direktive Standpunkt legt großen Wert auf das Recht jedes Individuums, psychisch unabhängig zu bleiben und seine psychische Identität zu erhalten. Der direkte Standpunkt legt großen Wert auf soziale Übereinstimmung und das Recht des Fähigeren, den Unfähigeren zu lenken“ Rogers (1999, 119).

Zusammenfassend:

„Wirksame Beratung besteht aus einer eindeutig strukturierten, gewährenden Beziehung, die es dem Klienten ermöglicht, zu einem Verständnis seiner selbst in einem Ausmaß zu gelangen, das ihn befähigt, aufgrund dieser neuen Orientierung positive Schritte zu unternehmen“ Rogers (1999, 28).

Der Klient berichtet in der Sitzung über seine Sorgen, Ängste, Hoffnungen, Träume etc. Der Therapeut versucht die Wahrnehmung des Klienten zu verstehen. Er reflektiert die Gefühle des Klienten und versucht Unbewusstes sichtbar zu machen. Der Therapeut ist der unterstützende Zuhörer, der die wertbezogenen Behauptungen und die Gefühle des Klienten reflektiert und wiederholt („spiegelt“), sie jedoch niemals kommentiert oder bewertet. Beim Spiegeln stellt der Therapeut keine festen Behauptungen auf, sondern nutzt z.T. einen fragenden Tonfall.

Durch eine weder belehrende noch kritisierende Haltung des Therapeuten wird dem Klienten eine Selbstexploration ermöglicht. Der Klient wird befähigt, sein Problem eigenständig zu lösen.

“Die therapeutische Beziehung ist eine Beziehung, in der warme Zugewandtheit und das Fehlen jedweden Zwangs oder persönlichen Drucks durch den Berater dem Klienten den maximalen Ausdruck von Gefühlen, Einstellungen und Problemen ermöglicht. [...] In dieser einmaligen Erfahrung vollständiger emotionaler Freiheit innerhalb eines genau definierten Rahmens hat der Klient die Möglichkeit, seine Impulse und seine Strukturen, die positiven wie die negativen, zu erkennen und zu verstehen wie in keiner anderen Beziehung.“ Rogers, Carl (1999, 107)

“Gesprächspsychotherapie ist angemessen bei emotionalen Schwierigkeiten, Problemen und Krisen⁵ usw. von Klienten, die im wesentlichen nicht mit mangelnden Informationen oder bestimmten Umweltbedingungen zusammenhängen, sondern entscheidend durch die persönlich-individuellen Arten des Fühlens, Erlebens und Verhaltens der Klienten bedingt werden, zu deren Änderung die Klienten zumindest im Verlauf der Gesprächspsychotherapie bereit sind.“ Tausch (1968, 10)

1.1 Therapeutische Einstellungen (Basisvariablen)

- Uneingeschränkte Wertschätzung
- Kongruenz des Therapeuten

⁴ Inkongruenz = Nichtübereinstimmung

⁵ Krise = Höhepunkt eines systemgefährdenden Zustandes, in welchem der Systemträger keine Lösungsmöglichkeiten sieht (Anm. d. Verf.)

- Empathie

Zuerst nannte Rogers seine Theorie „Non-direktive-Therapie“, was bedeuten soll, den Klienten nicht zu lenken/steuern, sondern ihm die Möglichkeit zu geben, sich selbst zu entwickeln.

Es wurde jedoch empirisch bewiesen, dass das nur in bestimmtem Maße durchzuhalten sei. Es fließt immer eine Wertung mit ein, sei es auch nur ein Kopfschütteln oder ein Lächeln. Jede minimale Lenkung, die stattfindet, stört die eigenständige Entwicklung. Aus diesem Grund änderte Rogers die Bezeichnung in „Klientenzentrierte Gesprächsführung“, da der Klient im Mittelpunkt dieser Gesprächsführung steht und non-direktiv somit nicht haltbar war.

Jedoch auch diese Bezeichnung missfiel ihm bald, da in ‚Klient‘ eine hierarchische Distanz zwischen Ratsuchendem (Unwissenden) und Ratgebenden (Wissenden) ausgedrückt werde. So entstand die Bezeichnung: ‚Personenzentrierte Therapie‘ (engl. client-centred). Dennoch hat sich die Bezeichnung ‚Klientenzentrierte Gesprächsführung‘ stärker durchgesetzt.

1.1.1 Uneingeschränkte Wertschätzung (Akzeptierung)

Aufgabe des Therapeuten ist es den Klienten widerzuspiegeln, damit dieser sich selbst besser versteht und objektiver sieht. Der Klient erkennt wie er sich seinem Idealbild annähern kann, oder dass es nötig wird, das Idealbild zu verändern (die Kluft zwischen dem Idealbild und dem Realbild zu schließen).

Dies bedeutet, dass der Therapeut dem Klienten grundsätzlich positiv gegenübersteht. Äußerungen und Erlebnisweisen des Klienten werden akzeptiert wie sie sind. Die Wertschätzung bewirkt beim Klienten eine größere Akzeptanz und Wertschätzung seiner selbst, eine angstfreiere Auseinandersetzung mit seinen Problemen.

„Durch Worte, Handlungen oder beides wird dem Klienten das Gefühl vermittelt, daß die Beratungsstunde ihm gehört, daß er sie nutzen und die Verantwortung für sie übernehmen kann, daß sie ihm Gelegenheit bietet, ganz er selbst zu sein.“ Rogers, Carl (1999, 42)

Es gilt den Klienten so zu respektieren, wie dieser ist. Der Therapeut interessiert sich für den Klienten unabhängig von geäußerten Inhalten oder gezeigten Verhaltensweisen. Der Klient wird nicht bewertet und in Kategorien (z.B. negativ/positiv) einsortiert.

„Für den Klienten ist ein Akzeptiertwerden seiner Person und seiner Inhalte eine wesentliche Bedingung dafür, sich angstfrei öffnen zu können und sich damit auch belastenden und peinlichen Inhalten zuwenden zu können.“ Sachse (1996, 27)

1.1.2 Kongruenz des Therapeuten

Die Kongruenz⁶ ist die am schwierigsten zu realisierende Grundhaltung eines Therapeuten. Kongruenz bedeutet, dass ein Therapeut dem Klienten ehrlich und echt gegenübersteht.

Der Therapeut muss sich und seiner Rolle in der therapeutischen Beziehung bewusst sein (Selbstübereinstimmung).

Der Therapeut hat im *kongruenten* Sinne Zugang zu seinen eigenen Gedanken und Gefühlen, die den Klienten betreffen. Durch seine Selbstexploration wird eine offene und ehrliche Haltung gegenüber dem Klienten ermöglicht.

Ziel der *Echtheit* ist es, den Klienten gegebenenfalls (z.B. auf Nachfrage des Klienten) an der Selbstexploration des Therapeuten teilhaben zu lassen. Es gilt, dem Klienten nichts vorzumachen und dem Klienten keine Gefühle zu verheimlichen oder vorzutäuschen.

Praktisch heißt das für den Therapeuten, dass er offen für erfreuliche und verletzende Erfahrungen ist, dass er hinter seinen Äußerungen steht und gegensätzliche Gefühle akzeptiert und anerkennt. Es darf keine Diskrepanz (Missverhältnis) zwischen seinem bewussten Erleben und seiner Verbalisierung geben.

Die Kongruenz bewirkt beim Klienten das Gefühl gut aufgehoben zu sein, weil er sich ehrlich und aufrecht behandelt fühlt. Weiterhin ermöglicht diese Haltung dem Klienten ebenfalls eine Auseinandersetzung mit sich selbst (Selbstexploration).

„Kongruenz bedeutet, daß der Therapeut seiner selbst gewahr ist, daß ihm seine Gefühle und Erfahrungen nicht nur zugänglich sind, sondern daß er sie auch durch sein Sein und Erleben in die Beziehung zum Klienten einbringen kann. Es bedeutet, daß es sich um eine direkte, personale Begegnung mit dem Klienten handelt, eine Begegnung von Person zu Person. Es bedeutet, daß der

⁶ Kongruenz = Deckungsgleichheit; hier: Echtheit, Übereinstimmung, Integration

Therapeut er selbst ist und auch sich nicht verleugnet“ (Rogers 1977, S. 26, zitiert nach Rechten, 1988, 123)

1.1.3 Empathie

Empathie⁷ bedeutet, dass der Therapeut sich bemüht, die Gefühle des Klienten präzise und sensibel wahrzunehmen, indem er ‚die Brille des Klienten aufsetzt‘, und ‚in seine Haut schlüpft‘. Er versucht die Gefühle und persönlichen Bedeutungen des Klienten zu spüren und diese dem Klienten möglichst konkret und einfach zurückzuspiegeln. Durch Empathie soll es möglich werden, einen anderen besser Menschen zu verstehen.

Der Klient verbalisiert emotionale Erlebnisinhalte und der Therapeut nimmt diese mit seinem *empathischen Verständnis* wahr, wodurch er die Perspektive des Klienten deutlich besser einsehen und verstehen kann. Der nächste Schritt ist das Spiegeln: Die durch das *empathische Verständnis* wahrgenommenen Gefühle und Einstellungen, die in der Aussage des Klienten mitschwingen, werden von dem Therapeuten zurückgespiegelt.

Dies bewirkt beim Klienten eine verstärkte Auseinandersetzung mit eigenen Erfahrungen, er wird sich über Zusammenhänge klarer. Der Klient erkennt seine Gefühle aufgrund der Rückspiegelung besser und lernt zudem seine Gefühle direkter auszudrücken.

„Die akzeptierende Atmosphäre der Beratungssituation macht es dem Individuum viel einfacher, alle Einstellungen um Impulse zu erkennen. Es fehlt das sonst vorhandene Bedürfnis, die Gefühle zu leugnen, die sozial unakzeptabel sind oder nicht mit dem idealen Selbst übereinstimmen.“ Rogers, Carl (1999, 189)

„Empathie teilt nicht nur Gefühle, sie versucht zu verstehen, was den Gefühlen zugrunde liegt. Deshalb setzt Empathie sorgfältiges Zuhören und genaue Beobachtung voraus. Wenn wir empathisch sind, wollen wir genau verstehen, was im anderen vorgeht. Wir versuchen deshalb, die Welt mit seinen Augen zu sehen, „in seine Schuhe zu schlüpfen“. Erst dieser Wechsel der Perspektive (und die vorübergehende Aufgabe der eigenen) eröffnet uns ein Verständnis über das Mitfühlen hinaus.“ Ernst, Heiko in Psychologie Heute (Mai 2001, 21)

Es bleibt anzumerken, dass Empathie als die Fähigkeit sich mitfühlend in andere hineinzusetzen auch Risiken mit sich bringt: Der empathische Chirurg könnte nicht mit ruhiger Hand operieren, da er persönlich involviert wäre. Kann der empathische Therapeut die Distanz zwischen Realität und Ansicht des Klienten dennoch sorgfältig trennen?

1.2 Rogers Grundannahmen über das Wesen des Menschen

Rogers ging von einem positiven Menschenbild aus: Ein Mensch hat einen grundsätzlich positiven und konstruktiven Charakter. Rogers glaubte, dass die Natur des Menschen grundsätzlich positiv, sozial und vorwärtsgerichtet ist. Ein Mensch besitze alle notwendigen Hilfsmittel, um ein Problem zu lösen, diese gelte es zu aktivieren.

Negativ bewertetes Verhalten, z.B. Aggressionen, hält Rogers für Fehlentwicklungen, die durch ungünstige Bedingungen des sozialen Umfeldes ausgelöst werden.

„Als Folge eines dem Organismus unangemessenen Sozialisationsprozesses (z.B. fehlende Wertschätzung oder Abwertungen durch wichtige Bezugspersonen, mißlungene Anpassungsleistungen etc.) wird eine dissoziative⁸, rigide⁹ und verzerrende Erlebnisverarbeitung gefördert. Durch die Bildung von starren, sich selbsterhaltenden und stabilisierenden Selbstkonstruktionen wird das Selbsterleben strukturgebunden und eingeengt.“ R. Hutterer in Frischenschlager et. al. (1995, 840)

Durch die therapeutische Beziehung, in der alles ausgesprochen werden und keine negativen Folgen haben kann, wird es dem Klienten ermöglicht, sein inneres Bezugssystem zu erkunden (Selbstexploration) und neu zu ordnen.

⁷ Empathie = Bereitschaft und Fähigkeit, sich in die Einstellung anderer Menschen einzufühlen; Empathie (griechisch: *empathia* = Leidenschaft)

⁸ Dissoziation = Denk-, Handlungs- und Verhaltensabläufe zerfallen in Einzelheiten; hier: in Einzelheiten gespalten; Anm. d. Verf.

⁹ rigide = streng; Anm. d. Verf.

1.3 Indikatoren¹⁰ der nicht-direktiven Beratung

- Der Klient wird realistischer (Lebensprobleme können besser bewältigt werden).
- Das Real-Selbst und das Ideal-Selbst rücken näher zusammen.
- Der Klient wird weniger anfällig für das Gefühl der Bedrohung.
- Der Klient hat mehr Selbstvertrauen.
- Das Klientenverhalten wird kreativer und flexibler.
- Der Klient sieht andere realistischer und erfährt größere Wertschätzung von ihnen.

Rieger & Schmidt-Hieber (1979, zitiert nach Schmitt, 1994, 3) nennen drei Konsequenzen des nicht-direktiven Ansatzes:

- Es wird dem Klienten unmöglich gemacht, neue Sachverhalte über das Problem zu erfahren;
- Die Möglichkeit, das Problem selbst zu verändern, wird ausgeschlossen; damit bleibt nichts anderes übrig, als den Klienten an das bestehende Problem anzupassen,
- Der Berater hat nicht die Möglichkeit der Überprüfung von Lösungsschritten.“

Die Sitzungen erstrecken sich häufig über einen längeren Zeitraum (einige Monate). Die Dauer eines Interviews sollte weniger als 60 Minuten betragen und exakt terminiert werden. Die einzelnen Interviews sollten „mehrere Tage oder eine Woche auseinanderliegen [...]“. Rogers, Carl (1999, 216)

Beispiele für die klientenzentrierte Beratung:

Ehefrau Marion: „Man muss dem anderen in einer guten Ehe zuhören!“.

Therapeut: „Sie sind empört, wenn ihr Mann ihnen nicht zuhört.“

Schülerin: „Ich kann das nicht. Ich bin dafür nicht begabt! Mein Bruder war in Deutsch genauso schlecht. Wie soll das bloß weitergehen?“

Therapeut: „Du hast Zweifel ob du nicht besser werden kannst, und Angst, dass sich deine Lage nicht verbessert, eher verschlechtert?!“

„K: Ich habe immer gewußt, daß meine Lernmethoden, meine Lerngewohnheiten falsch sind. Ich habe nicht das Gefühl, dass ich eine überragende Persönlichkeit bin, aber ich glaube auch nicht, dass ich so dumm bin, wie es nach meinen Noten den Anschein hat.

[...]

B: Wie schlecht sind denn Ihre Noten? Ich dachte, sie seien ganz gut.

K: Im Schnitt liegen sie derzeit unter 3. Letztes Semester war der Durchschnitt 2,5.

B: Hm

K: Ich weiß ja, dass ich hart arbeiten muß, um mich zu halten, aber andere Leute tun das auch und bekommen gute Noten. Ich weiß nicht, warum ich das nicht kann.

B: Hm.

K: Ich bin erst im vierten Jahr hier und hab noch einiges vor mir.

[...]

B: Führt diese Nebenbeschäftigung nicht dazu, dass Sie Ihre Fächerzahl einschränken müssen?

K: Nein, bislang war das nicht notwendig.

B: Ach so.

K: Verstehen Sie, ich möchte Medizin machen, aber es sieht nicht so aus, als wäre das bei meinen Noten möglich. Im Augenblick konzentriere ich mich auf Musik und mache das, was ich für das Medizinstudium brauche, nebenher, weil ich hoffe, dass ich es doch noch schaffe.

B: Hm. Und angenommen, Sie schaffen es nicht? Was würde das bedeuten?

K: Das hieße, dass ich wahrscheinlich Musiklehrer werden würde.

B: Ist das so schlimm?

K: So schlimm ist es nicht, aber ich möchte schon seit langem Medizin machen, und ich glaube, dass es nichts gibt, was ich so gerne studieren würde. Nicht dass ich die Welt retten zu können glaube oder so was. Ich möchte es einfach.

B: Hm. An diesem Wunsch ist natürlich nichts auszusetzen, ich meine, ich will Ihnen da nicht widersprechen. Ich wüsste nur gerne, was es für Sie bedeuten würde, wenn Sie es nicht schaffen würden, was dann Ihre Alternativen wären und wie Sie darüber denken.“ Rogers, Carl (1999, 216)

¹⁰ Indikator = Merkmal, das als Hinweis auf etwas anderes dient;
hier: Veranlassung ein bestimmtes Heilverfahren anzuwenden

Bourne & Ekstrand (1997, 513) differenzieren verschiedene Ansätze der Psychotherapie an einem Beispiel:

„Jane ist eine 25-jährige Studentin, die sehr stark stottert. Bei der Suche nach Hilfe würde sie auf Therapeuten treffen, die ihr Problem auf folgende Weise behandeln würden:

- Arzt (Medizinischer Ansatz)
Der Arzt geht davon aus, daß Stottern eine neurologische Störung in den sensorisch-motorischen Arealen des Gehirns ist. Er wird Medikamente verschreiben (Tranquilizer) oder ein sensorisch-motorisches Training empfehlen.
- Psychoanalytiker (Dynamischer Ansatz)
Der Therapeut nimmt an, daß Stottern der Ausdruck eines unbewußten Konfliktes –verknüpft mit Aggression, teilweise gegen Janes Eltern– ist. Bei einer Therapie würde er versuchen, diesen zugrundeliegenden Konflikt durch die Interpretation von freien Assoziationen, Träumen, Versprechen und frühen Erinnerungen ins Bewußtsein zu bringen.
- Verhaltenstherapeut (Lerntheoretischer Ansatz)
Der Therapeut untersucht die Möglichkeit, ob das stottern eine klassisch konditionierte Reaktion ist. Behandlungstechniken gegen Stottern können negative Übungen enthalten, das ist ein Verfahren, bei dem der Patient aufgefordert wird, dauernd absichtlich zu stottern. Auch rhythmisches Sprechen und Belohnung für stotterfreies Sprechen können Anwendung finden. Schließlich kann noch ein Entspannungstraining angebracht sein, falls das Stottern mit zunehmender Angst stärker wird.“