

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2004.00176 vom 26. Oktober 2004

ZH Sozialversicherungsgericht, 2004-10-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2004.00176

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2004.00176 du 26 octobre 2004

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2004.00176 del 26 ottobre 2004

Erwägungen

E. 2

2.1 Im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen bzw. zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich - in Form einer Verfügung - Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit keine Verfügung ergangen ist (BGE 125 V 414 Erw. 1a, 119 Ib 36 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

2.2 Obwohl sich die Eltern des Versicherten in der Einsprache vom 2. September 2003 nur auf die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 24. Juli 2003 betreffend medizinische Massnahmen für die Geburtsgebrechen gemäss den Ziff. 390 und Ziff. 395 GgV Anhang (Urk. 4/4) bezogen, legten sie der Einsprache auch die Verfügung vom 23. Juli 2003 betreffend medizinische Massnahmen für das Geburtsgebrechen gemäss der Ziff. 404 GgV Anhang GgV (Urk. 4/3) bei (vgl. Urk. 4/14). Unter diesen Umständen ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin im Einspracheverfahren offensichtlich davon ausging, dass die in der Einsprache nicht explizit erwähnte Verfügung vom 23. Juli 2003 mitangefochten wurde. Im angefochtenen Einspracheentscheid führte die Beschwerdegegnerin denn auch aus (Urk. 2 S. 2):

■ Gemäss unseren erneuten medizinischen Abklärungen können die beantragten Leistungen für das Geburtsgebrechen 404 nicht zugesprochen werden, da bisher lediglich nur der Verdacht besteht (...). ■

E. 2.3

Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet somit der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 7. Oktober 2003 (Urk. 2), worin diese die von den Eltern des Versicherten gegen die Verfügungen vom 23. und 24. Juli 2003 (Urk. 4/3-4) erhobene Einsprache abwies.

E. 3

3.1 Die Beschwerdegegnerin ging davon aus, dass die Voraussetzungen eines angeborenen psychoorganischen Syndromes (Ziff. 404 GgV Anhang; Urk. 4/3, Urk. 2), einer angeborenen cerebralen Lähmung (Ziff. 390 GgV Anhang; Urk. 4/4) und einer leichten cerebralen Bewegungsstörung (Ziff. 395 GgV Anhang; Urk. 4/4) nicht erfüllt seien.

3.2 Die Eltern des Versicherten bringen hiegegen vor, dass dessen psychomotorische Einschränkung sowohl im Kindergarten als auch in der Schule

5.4. In BGE 122 V 113 hat das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) seine Rechtsprechung zum Psychoorganischen Syndrom (POS) nach Ziff. 404 GgV Anhang zusammengefasst und die Gesetzesässigkeit der erwähnten Ziffer bestätigt. Es hat sodann erkannt, dass kongenitale Hirnstörungen im Sinne von Ziff. 404 GgV Anhang sowohl angeboren (pr- oder perinatale Entstehung) als auch nachgeburtlich erworben sein können. Invalidenversicherungsrechtlich stelle sich mithin nicht nur die Frage, ob ein POS als solches vorliegt; vielmehr müsse ausserdem feststehen, dass das Leiden angeboren ist. Die in Ziff. 404 GgV Anhang genannten Voraussetzungen für Leistungen der Invalidenversicherung beruhen sodann auf der medizinisch begründeten und empirisch belegten Annahme, dass das Gebrechen vor Vollendung des 9. Altersjahres diagnostiziert und behandelt worden wäre, wenn es angeboren gewesen wäre (BGE 122 V 120 Erw. 3a/dd). Zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführte Abklärungsmassnahmen könnten nach dieser empirischen Erkenntnis nicht mehr zuverlässig Aufschluss über die Abgrenzungsfrage geben, ob das Leiden angeboren war oder später erworben wurde (BGE 105 V 22; ZAK 1984 S. 33). Rechtzeitige Diagnose und rechtzeitiger Behandlungsbeginn seien Anspruchsvoraussetzungen für entsprechende Leistungen der Invalidenversicherung. Demgegenüber begründeten fehlende Diagnose und Behandlung vor vollendetem 9. Altersjahr die unwiderlegbare Rechtsvermutung, dass es sich nicht um ein angeborenes POS handle (BGE 122 V 122 f. Erw. 3c/bb).

5.5. Der am 2. Februar 1997 geborene Versicherte hat das neunte Lebensjahr noch nicht erreicht. Indessen hat Frau Dr. Roth in ihrem Bericht vom 20. Mai 2003 den Begriff POS nicht erwähnt. Sie diagnostizierte vielmehr eine neurologische Auffälligkeit im Sinne einer *disabilitative motrice*, Wahrnehmungsstörungen und ein ADS (Urk. 4/7 lit. A).

5.6. Zur Frage, ob ein ADS mit einem POS im Sinne der Ziff. 404 GgV Anhang gleichzustellen sei, führte das EVG mit Urteil in Sachen A vom 15. März 2004, I 572/03, in Erw. 2.6 das Folgende aus:

Die Vorinstanz bejaht das Vorliegen eines POS mit der Begründung, der Terminus ADS sei die im deutschen Sprachgebrauch übliche Bezeichnung für ein kongenitales Psychoorganisches Syndrom. Einen Nachweis für seine Behauptung bleibt das kantonale Gericht jedoch schuldig. Aus Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 259. Auflage, Berlin, New York 2002, lässt sich dieser Schluss nicht ziehen, behandelt das genannte Nachschlagwerk doch das Aufmerksamkeitsdefizit (a.a.O. S. 154) getrennt vom organischen Psychosyndrom (a.a.O., S. 1381), beschreibt sie unterschiedlich und verweist nicht vom einen auf das andere Stichwort. Auch auf die psychische Fachliteratur lässt sich die Gleichsetzung der Vorinstanz nicht stützen. In der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegebenen Internationalen Klassifikation psychischer Störungen, 4. Auflage, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle 2000, wird die von Dr. med. S. ... genannte Klassifikation ICD-10 F 90.0 unter dem Sammeltitel hyperkinetischer Störungen als einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung beschrieben. Der Begriff POS findet sich in diesem Kapitel nicht. Im ebenfalls von der WHO herausgegebenen Lexikon zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen (ebenda, 2002), S. 98, wird ausgeführt, dass der Begriff des organischen Psychosyndroms wegen seiner Mehrdeutigkeit keinen Eingang in die ICD-10-Klassifikation gefunden hat (mit Ausnahme des organischen Psychosyndroms nach

Schädelhirntrauma). Unter **Äufmerksamkeitsstörung** (a.a.O., S. 20) wird auf den Begriff der hyperkinetischen Störung (F90) hingewiesen. Mäller/Laux/Kapfhammer (Hrsg.), Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin, Heidelberg, New York 2000, S. 844, führen unter dem Begriff **ÄPsychoorganische Syndrome ersten Ranges** eine Reihe von näher spezifizierten Leiden an. Die Aufmerksamkeitsstörung wird hingegen unter dem Titel hyperkinetischer Störungen auf S. 1623 ff. behandelt. Aus diesen Zitaten lässt sich erkennen, dass die Vorinstanz mit ihrer Gleichstellung von ADS und POS zu undifferenziert vorgegangen ist. Auch in AHI 2003 S. 104 Erw. 1 erfolgte eine hyperkinetische Störung die Voraussetzungen von Ziff. 404 GgV Anhang nicht.

5.7. Daraus ist ersichtlich, dass ein ADS als hyperkinetische Störung nicht mit einem psychoorganischen Syndrom gleichgestellt werden kann. Nach Gesagtem fehlt es vorliegend somit an einer Diagnose eines POS. Auf eine solche kann aber nicht verzichtet werden, ist sie doch eine Anspruchsvoraussetzung für Leistungen der Invalidenversicherung nach Ziff. 404 GgV Anhang (BGE 122 V 122 Erw. 3c/bb). Der Umstand, dass Dr. Roth in ihrem Bericht vom 20. Mai 2003 feststellte, es liege ein Geburtsgebrechen gemäss Ziff. 404 GgV Anhang vor, genügt nicht.

E. 6

6.1. Zu prüfen ist ferner, ob der Versicherte Anspruch auf medizinische Massnahmen für ein Geburtsgebrechen gemäss der Ziff. 390 GgV Anhang hat.

6.2. Ziff. 390 GgV Anhang umschreibt folgendes Geburtsgebrechen: angeborene cerebrale Lähmungen (spastisch, athetotisch, ataktisch). Dazu wird in Rz 390.1 der KSME das Folgende ausgeführt:

Ein Geburtsgebrechen im Sinne von Ziff. 390 GgV ist nur dann anzunehmen, wenn eine eindeutige, typische, also zweifelsfrei diagnostizierbare **klassische** spastische, athetotische oder ataktische Symptomatik vorliegt. Ein erhöhter Muskeltonus, asymmetrische Reflexe, ein etwas unharmonisch ausgeführter Hampelmann oder eine Dysdiadochokinese sind nicht beweisend für das Vorliegen eines Gg 390. Auch ein psychomotorischer Entwicklungsrückstand ist noch nicht identisch mit einer cerebralen Lähmung. Abnorme motorische Phänomene im Sinne einer leichten cerebralen Bewegungsstörung reichen nicht aus, um ein Gg 390 anerkennen zu können.

E. 6.3

Die Kinderärztin des Versicherten stellte mit Bericht vom 20. Mai 2003 zwar einen psychomotorischen Entwicklungsrückstand fest und diagnostizierte eine neurologische Auffälligkeit im Sinne einer **Dä©bilitä© motrice** (Urk. 4/7). Eine typische spastische, athetotische oder ataktische Symptomatik wurde hingegen nicht festgestellt. Die Voraussetzungen des Geburtsgebrechens Nr. 390 sind demnach nicht erfüllt.

7. Es bleibt zu prüfen, ob vorliegend die Voraussetzungen des Geburtsgebrechens gemäss der Ziff. 395 GgV Anhang erfüllt sind.

7.1. Ziff. 395 GgV Anhang umschreibt folgendes Geburtsgebrechen: leichte cerebrale Bewegungsstörungen (Behandlung bis Ende des 2. Lebensjahres). Dazu wird in Rz 395 der KSME das Folgende ausgeführt:

Als leichte cerebrale Bewegungsstörungen im Sinne von Ziff. 395 GgV gelten cerebral-motorische Symptome bei Säuglingen (Dominanz abnormer Haltungsreflexe,

abnormer Muskeltonus, zunehmende Symptomatik in der Verlaufsbeobachtung). Physiotherapie (s. Rz 1038ff., Art. 14 IVG) und Arztkontrollen können nur bis zum Alter von 24 Monaten übernommen werden. Die notwendige weitere Überwachung des Verlaufs geht zu Lasten der Krankenversicherung, wenn nicht 390 GgV eindeutig festgestellt wurde. Rz 390.2 gilt sinngemäss.

7.2 Der am 2. Februar 1997 (Urk. 4/17) geborene Versicherte hat sein zweites Lebensjahr bereits am 1. Februar 1999 vollendet. Da ein Anspruch auf medizinische Massnahmen für die Behandlung Geburtsgebrechens Nr. 395 GgV Anhang daher schon aus Gründen der Vollendung des zweiten Lebensjahres nicht in Betracht kommt, ist von einer Prüfung der weiteren Voraussetzungen des Geburtsgebrechens gemäss Ziff. 395 GgV Anhang abzusehen.

E. 8

8.1 Fällt somit eine Kostenübernahme gestützt auf Art. 13 IVG ausser Betracht, ist zu prüfen, ob eine solche gestützt auf Art. 12 IVG erfolgen kann

8.2 Die versicherte Person hat gemäss Art. 12 Abs. 1 IVG Anspruch auf medizinische Massnahmen, die nicht auf die Behandlung des Leidens an sich, sondern unmittelbar auf die berufliche Eingliederung gerichtet und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren.

8.3 Art. 12 IVG bezweckt namentlich, die Aufgabenbereiche der Invalidenversicherung einerseits und der sozialen Kranken- und Unfallversicherung andererseits gegeneinander abzugrenzen. Diese Abgrenzung beruht auf dem Grundsatz, dass die Behandlung einer Krankheit oder einer Verletzung ohne Rücksicht auf die Dauer des Leidens primär in den Aufgabenbereich der Kranken- und Unfallversicherung gehört (BGE 104 V 81 Erw. 1, 102 V 41 f.).

8.4 Nach Art. 12 Abs. 1 IVG hat eine versicherte Person Anspruch auf medizinische Massnahmen, die nicht auf die Behandlung des Leidens an sich, sondern unmittelbar auf die berufliche Eingliederung gerichtet und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren. Um Behandlung des Leidens an sich geht es in der Regel bei der Heilung oder Linderung labilen pathologischen Geschehens. Die Invalidenversicherung übernimmt grundsätzlich nur solche medizinische Vorkehren, die unmittelbar auf die Beseitigung oder Korrektur stabiler oder wenigstens relativ stabilisierter Defektzustände oder Funktionsausfälle hinzielen und welche die Wesentlichkeit und Beständigkeit des angestrebten Erfolges gemäss Art. 12 Abs. 1 IVG voraussehen lassen (BGE 120 V 279 Erw. 3a mit Hinweisen; AHI 2003 S. 104 Erw. 2).

8.5 Beanspruchen nichterwerbstätige Versicherte vor dem vollendeten 20. Altersjahr medizinische Massnahmen im Sinne von Art. 12 IVG, so ist zu beachten, dass diese als invalid gelten, wenn ihr Gesundheitsschaden künftig wahrscheinlich eine Erwerbsunfähigkeit zur Folge haben wird (Art. 5 Abs. 2 IVG, seit 1. Januar 2003 in Verbindung mit Art. 8 Abs. 2 ATSG). Nach der Rechtsprechung können daher medizinische Vorkehren bei Jugendlichen schon dann überwiegend der beruflichen Eingliederung dienen und trotz des einstweilen noch labilen Leidenscharakters von der Invalidenversicherung übernommen werden, wenn ohne diese Vorkehren eine Heilung mit Defekt oder ein sonst wie stabilisierter Zustand einträte, wodurch die Berufsbildung

oder die Erwerbsfähigkeit oder beide beeinträchtigt würden (vgl. BGE 105 V 20, 100 V 33 Erw. 1a, 43 und 99; AHI 2003 S. 104 f. Erw. 2, 2000 S. 67 Erw. 4b).

8.6 Von den medizinischen Massnahmen klar zu unterscheiden sind die pädagogisch-therapeutischen Massnahmen. Die Rechtsprechung versteht unter pädagogisch-therapeutischen Massnahmen im Sinne von Art. 19 Abs. 2 lit. c IVG in Verbindung mit Art. 8 ter und 9 IVV (in der seit 1. Januar 1997 geltenden Fassung) Vorkehren, die nicht unmittelbar der Vermittlung von Kenntnissen und Fertigkeiten in schulischen Belangen dienen. Sie treten ergänzend zum Unterricht hinzu und sind hauptsächlich darauf ausgerichtet, die Schulung beeinträchtigende Auswirkungen der Invalidität zu mildern oder zu beseitigen. Der Begriff "therapeutisch" verdeutlicht, dass die Behandlung des Leidens im Vordergrund steht. Wie der Massnahmenkatalog gemäss Art. 9 Abs. 2 IVV zeigt, geht es dabei vornehmlich um die Verbesserung gewisser körperlicher oder psychischer Funktionen im Hinblick auf den Schulunterricht. Die Abgrenzung gegenüber den medizinischen Massnahmen andererseits erfolgt danach, ob das pädagogische oder das medizinische Moment überwiegt (BGE 122 V 210 Erw. 3a, 121 V 14 Erw. 3b, 114 V 27 Erw. 3a, je mit Hinweisen). Welcher der beiden Gesichtspunkte überwiegt, beurteilt sich nach den konkreten Umständen des Einzelfalls (BGE 114 V 27 Erw. 3a mit Hinweisen).

8.7 Zur erwähnten Abgrenzung hat sich das EVG bis anhin mehrmals geäussert. In dem in BGE 122 V 210 Erw. 3a erwähnten Urteil in Sachen C. vom 16. April 1992, I 185/90, wurde eine Physiotherapie trotz ebenfalls vorhandener medizinischer Gesichtspunkte als pädagogisch-therapeutisch eingestuft, weil es namentlich darum ging, die Bewegungs- und Wahrnehmungsfähigkeit zu fördern, was pädagogisch höchst bedeutsam sei. Dabei handle es sich um einen eigentlichen Lernprozess. In dem im Urteil in Sachen H. vom 8. März 2004, I 432/03, erwähnten Urteil in Sachen R. vom 28. Mai 1993, I 395/92, qualifizierte das EVG eine sensorische Integrationstherapie, bei welcher die Förderung der gestörten Motorik im Vordergrund stand und ein Rückstand in Sprache, Feinmotorik und Wahrnehmung aufgeholt werden sollte, als überwiegend pädagogisch-therapeutische Massnahme. In BGE 121 V 14 Erw. 4 wurde eine Psychomotorik-Therapie als pädagogisch-therapeutische Massnahme angesehen, weil damit eine harmonisierende und tonisierende Einwirkung auf das Zusammenspiel der menschlichen Funktionssysteme beabsichtigt war, es also mit andern Worten um Koordinationsübungen ging. Im Urteil in Sachen H. vom 8. März 2004, I 432/03, qualifizierte das EVG eine Fördertherapie mit den Schwerpunkten Integration der Reflexe, Verbesserung der räumlichen Wahrnehmung sowie Förderung der Rechen- und sprachlichen Fähigkeiten als pädagogisch-therapeutische Massnahme, da das pädagogisch-therapeutische Moment gegenüber dem medizinischen überwiege (Erw. 2.3). Das hiesige Gericht verneinte mit Urteil in Sachen B. vom 26. November 2003 (Prozess Nr. IV.2003.00126) im Falle einer psychomotorischen Retardierung im Sinne einer *Disabilità motrice* das Vorliegen einer Invalidität, charakterisierte eine psychomotorische Therapie als überwiegend pädagogisch und sprach dieser die Qualität als medizinische Massnahme im Sinne von Art. 12 Abs. 1 IVG ab (Erw. 4.2).

E. 9

9.1 Frau Dr. Roth diagnostizierte in ihrem Bericht vom 20. Mai 2003 eine neurologische Auffälligkeit im Sinne einer *Disabilità motrice*, Wahrnehmungsstörungen sowie ein ADS und erwähnte, dass der Versicherte im

Kindergarten durch seine Langsamkeit und Ungeschicklichkeit aufgefallen sei, weshalb seine Mutter eine neuromotorische Abklärung gewünscht habe. Diese hätte gewisse nicht altersentsprechende Befunde ergeben. Es sei deshalb eine psychomotorische Therapie bei der Psychomotorik-Therapeutin B. ___ eingeleitet worden (Urk. 4/7 lit. D). Gemäss dem Bericht von B. ___ vom 4. Oktober 2003 wies der Versicherte vor allem im Bereich der Grobmotorik Schwierigkeiten auf, zeigte wenig Bewegungsfreude und sei im persönlichen Bereich unsicher gewesen, weshalb eine psychomotorische Therapie angezeigt gewesen sei (Urk. 4/8/2).

9.2. Im Lichte der erwähnten Rechtsprechung (vorstehende Erw. 8.7) überwiegt bei der durchgeführten Psychomotorik-Therapie das pädagogisch-therapeutische gegenüber dem medizinischen Element. Denn es ist davon auszugehen, dass die in Frage stehende psychomotorische Therapie die Verbesserung der motorischen Ungeschicklichkeit und Langsamkeit des Versicherten bezweckt. Es geht insbesondere um die Förderung der gestörten Grobmotorik, der Geschicklichkeit sowie der Graphomotorik und somit um die Förderung von Fähigkeiten, welche den schulischen Bereich betreffen. Gesamthaft betrachtet überwiegen damit unter den Gesichtspunkten von Indikation und Therapie die pädagogischen Elemente der Behandlung. Da das Schwergewicht der vorgesehenen psychomotorischen Therapie demnach weit mehr im pädagogisch-therapeutischen als im medizinischen Bereich zu liegen kommt, kann die psychomotorische Therapie vorliegend nicht als medizinische Massnahme gelten.

10. Nach Gesagten ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 24. Juli 2003 (Urk. 4/8/3) und mit dieser bestätigenden Einspracheentscheid vom 7. Oktober 2003 (Urk. 2) einen Anspruch des Versicherten auf medizinische Massnahmen verneinte. Insofern ist die gegen den angefochtenen Einspracheentscheid erhobene Beschwerde daher abzuweisen.

11. Im Übrigen geht die Frage nach dem Anspruch des Versicherten auf Sonderschulmassnahmen gemäss Art. 19 IVG nicht zum Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens. Sodann ist aus den Akten nicht ersichtlich, ob der Versicherte die Volksschule oder eine Sonderschule besucht. Sollte der Versicherte jedoch sonderschulbedürftig sein und sollte er eine Sonderschule besuchen, bliebe es ihm jedenfalls unbenommen, bei der Beschwerdegegnerin die Übernahme der Kosten für pädagogisch-therapeutische Massnahmen in Ergänzung zum Sonderschulunterricht im Sinne von Sondergymnastik zur Förderung gestörter Motorik (Art. 19 Abs. 3 IVG in Verbindung mit Art. 8 ter Abs. 2 lit. d IVV) zu beantragen. Falls der Versicherte hingegen die Volksschule besuchen sollte, käme Art. 9 Abs. 2 IVV zur Anwendung, welche Bestimmung eine abschliessende Aufzählung der von der Invalidenversicherung im Falle des Volksschulbesuchs zu entschuldigenden Massnahmen enthält und worin die Psychomotorik-Therapie nicht aufgeführt ist (vgl. Urteil des EVG in Sachen K. vom 29. April 2002, I 395/00; AHI 2000 S. 74 Erw. 3b).

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- M. ____

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherung

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Eidgenössischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde eingereicht werden.

Die Beschwerdeschrift ist dem Eidgenössischen Versicherungsgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in dreifacher Ausfertigung zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Person oder ihres Vertreters zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheides und der dazugehörige Briefumschlag sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die beschwerdeführende Person sie in Händen hat (Art. 132 in Verbindung mit Art. 106 und 108 OG).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.