

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2003.00461 vom 12. Mai 2006

ZH Sozialversicherungsgericht, 2006-05-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2003.00461

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2003.00461 du 12 mai 2006

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2003.00461 del 12 maggio 2006

Erwägungen

E. 1.1

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

Die Beschwerdeführerin beantragt unter anderem sinngemäss die Übernahme der vollständigen Reisekosten, welche durch die Behandlung und den Bezug von medizinischen Leistungen im Ausland entstanden sind. Indes hat die Verwaltung hierüber weder verfügungs- noch einspracheweise entschieden. Mithin fehlt es diesbezüglich an einem Anfechtungsgegenstand, weshalb auf die Beschwerden nicht einzutreten ist, soweit darin die Vergütung der Reisekosten beantragt wird.

E. 1.2

Am 1. Januar 2003 sind das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG) und die Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 11. September 2002 (ATSV) in Kraft getreten. Deren Bestimmungen sind auf den vorliegenden Sachverhalt in zeitlicher Hinsicht anwendbar. 2.

Gemäss Art. 8 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) haben Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) unmittelbar bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern; der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen besteht unabhängig von der Ausübung einer Erwerbstätigkeit vor Eintritt der Invalidität. Dabei ist die gesamte noch zu erwartende Arbeitsdauer zu berücksichtigen (Abs. 1). Nach Massgabe der Artikel 13, 19 und 21 besteht der Anspruch auf Leistungen unabhängig von der Möglichkeit einer Eingliederung ins Erwerbsleben oder in den Aufgabenbereich (Abs. 2). Laut Abs. 3 bestehen die Eingliederungsmassnahmen unter anderem in medizinischen Massnahmen (Buchst. a) und in der Abgabe von Hilfsmitteln (Buchst. d). 3.

E. 1.3

Des Weiteren ersuchten die Eltern mit Schreiben vom 30. Juli 2003 die IV-Stelle um Kostengutsprache für ein stationäres Intensivrehabilitations-Programm in der E.____, F.____/Deutschland (Urk. 10/37). Die IV-Stelle lehnte diesen Antrag mit Verfügung vom 5. August 2003 (Urk. 10/4) sowie - nach Eingang der Einsprache vom 29. August 2003 (Urk. 10/23) - mit Entscheid vom 24. Oktober 2003 (Urk. 10/4) ab.

E. 2

Die Rechnung der E.____ vom 15. Oktober 2003 für den Aufenthalt vom 17. September bis 15. Oktober 2003 über Euro 3'360.00 sei von der Beschwerdegegnerin zu übernehmen.

E. 2.1

Die Versicherte liess am 24. November 2003 Beschwerde (Urk. 1) gegen den Einspracheentscheid vom 23. Oktober 2003 erheben und Folgendes beantragen: "1.

Der Einspracheentscheid vom 23. Oktober 2003 bzw. die Verfügung vom 20. Juni 2003, womit das beantragte Skoliosekorsett nach Rahmouni von der Beschwerdegegnerin abgelehnt wurde, seien unter Entschädigungsfolgen aufzuheben. 2.

Die Rechnung vom 07. Mai 2003 für die derotierende Rumpforthese nach Rahmouni nach Gipsabdruck der Firma G.____, Stuttgart, über Euro 2'800.00 sei von der Beschwerdegegnerin zu übernehmen. 3.

Das Bundesamt für Sozialversicherung sei anzuweisen, die Reisekosten für die Anpassung in Stuttgart gemäss Art. 90 bis IVV festzusetzen. 4.

Formelles: Das vorliegende Verfahren gegen die SVA Zürich (Behandlung im Ausland/Übernahme des Korsetts) und das gleichentags ein geleitete Verfahren gegen die SVA Zürich (Leistungsübernahme der stationären Behandlung im Ausland) seien zu vereinen."

Zur Begründung machte der Rechtsvertreter insbesondere geltend, in der Schweiz würden sehr wohl Korsettbehandlungen durchgeführt, jedoch dabei nicht jene hervorragenden Korrekturergebnisse erzielt, welche die Behandlung mit dem Korsett nach Rahmouni bei der Beschwerdeführerin gezeigt hätte. Daher läge sehr wohl ein beachtlicher Grund vor, welcher die Übernahme der Behandlung im Ausland rechtfertige.

Das Gericht legte diese Beschwerde unter der Prozess-Nr. IV.2003.00461 an.

E. 2.2

Weiter liess die Versicherte am 24. November 2003 Beschwerde (Urk. 5/1/1) gegen den Entscheid vom 24. Oktober 2003 erheben und beantragen: "1.

Der Einspracheentscheid vom 24. Oktober 2003 bzw. die Verfügung vom 5. August 2003, womit der beantragte Aufenthalt in der E.____

F.____ für eine stationäre Skoliosebehandlung nach Katharina Schroth von der Beschwerdegegnerin abgelehnt wurde, seien unter Entschädigungsfolgen aufzuheben.

E. 3

Das Bundesamt für Sozialversicherung sei anzuweisen, die Reisekosten gemäss Art. 90 bis IVV festzusetzen.

E. 3.1

Nach Art. 12 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf medizinische Massnahmen, die nicht auf die Behandlung des Leidens an sich, sondern unmittelbar auf die Eingliederung ins Erwerbsleben oder in den Aufgabenbereich gerichtet und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren. Als medizinische Massnahmen im Sinne von Artikel 12 IVG gelten laut Art. 2 Abs. 1 Satz 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) namentlich chirurgische, physiotherapeutische und psychotherapeutische Vorkehren, die eine als Folgezustand eines Geburtsgebrechens, einer Krankheit oder eines Unfalls eingetretene Beeinträchtigung der Körperbewegung, der Sinneswahrnehmung oder der Kontaktfähigkeit zu beheben oder zu mildern trachten, um die Erwerbsfähigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren.

E. 3.2

Die Invalidenversicherung übernimmt daher in der Regel nur solche medizinische Vorkehren, die unmittelbar auf die Beseitigung des Leidens oder der Korrektur stabiler oder wenigstens relativ stabiler Defektzustände oder Funktionsausfälle hinzielen und welche die Wesentlichkeit und Beständigkeit des angestrebten Erfolges nach Art. 12 Abs. 1 IVG voraussehen lassen (vgl. BGE 120 V 279 Erw. 3a; AHI 2003 S. 104 Erw. 2; SVR 1995 IV Nr. 34 S. 89 f. Erw. 1a).

E. 3.3

Beanspruchen indessen nicht erwerbstätige 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 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 sonstwie 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).

An Skoliose leidende Jugendliche haben bis zum Abschluss des Wachstumsalters Anspruch auf jene medizinischen Vorkehren, welche notwendig sind, um dauernde Skelettschäden zu verhüten, die ihre Berufsbildung oder ihre spätere Erwerbsfähigkeit beeinträchtigen würden. Dieser Anspruch besteht im Einzelfall nur dann nicht, wenn und solange kein derart schwerer Skelettzustand droht. Da durch frühen Behandlungsbeginn die Entstehung einer schweren Wirbelsäulenverkrümmung und damit allenfalls einer Operation sich vermeiden lassen, sind die indizierten Massnahmen frühzeitig genug zu gewähren (BGE 98 V 216). Dabei genügt es, dass ein schwerer Defektzustand mit Wahrscheinlichkeit droht; ein Sicherheitsbeweis, der kaum zu erbringen wäre, ist nicht notwendig (BGE 100 V 171 Erw. 2b).

E. 3.4

Laut Art. 2 Abs. 1 Satz 2 IVV müssen die nach Artikel 12 IVG zu leistenden medizinischen Massnahmen nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sein und den Eingliederungserfolg in einfacher und zweckmässiger Weise anstreben. Nach der Rechtsprechung gilt eine Behandlungsmethode dann als bewährter Erkenntnis der

medizinischen Wissenschaft entsprechend, wenn sie von Forschern und Praktikern der medizinischen Wissenschaft auf breiter Basis anerkannt ist. Das Schwergewicht liegt auf der Erfahrung und dem Erfolg im Bereich einer bestimmten Therapie. Dabei findet die Definition der Wissenschaftlichkeit, wie sie auf dem Gebiet der Krankenpflege definiert worden ist, grundsätzlich auch auf die medizinischen Massnahmen der Invalidenversicherung Anwendung. Medizinische Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (Art. 12 und 13 IVG) sowie Analysen und Arzneimittel (Art. 4 bis IVV) werden nur unter der Voraussetzung gewährt, dass sie wissenschaftlich anerkannt sind. Auch in der Invalidenversicherung gilt das fundamentale Prinzip der wissenschaftlich nachgewiesenen Wirksamkeit (vgl. dazu BGE 129 V 170 f. Erw. 3.2 mit Hinweisen), d.h. der wissenschaftlichen Anerkennung (BGE 125 V 28 Erw. 5a in fine, 123 V 60 Erw. 2b/cc; AHI 2001 S. 76 f. Erw. 1b je mit Hinweisen). 4.

E. 4

Angesichts des engen sachlichen und rechtlichen Zusammenhangs und den identischen Parteien wurde mit Gerichtsverfügung vom 8. Dezember 2003 (Urk. 6) der Prozess Nr. IV.2003.00462 mit dem vorliegenden Prozess Nr. IV.2003.00461 vereinigt und dadurch als erledigt abgeschrieben. Die Akten wurden als Urk. 5/0-4 übernommen.

E. 4.1

Nach Art. 21 Abs. 1 IVG hat die versicherte Person im Rahmen einer vom Bundesrat aufzustellenden Liste Anspruch auf jene Hilfsmittel, deren sie für die Ausübung der Erwerbstätigkeit oder der Tätigkeit in ihrem Aufgabenbereich, für die Schulung, die Ausbildung oder zum Zwecke der funktionellen Angewöhnung bedarf. Art. 21 Abs. 2 IVG bestimmt, dass Versicherte, die infolge ihrer Invalidität für die Fortbewegung, für die Herstellung des Kontaktes mit der Umwelt oder für die Selbstsorge kostspieliger Geräte bedürfen, im Rahmen einer vom Bundesrat aufzustellenden Liste ohne Rücksicht auf die Erwerbsfähigkeit Anspruch auf solche Hilfsmittel haben. Laut Art. 21 Abs. 3 IVG werden die Hilfsmittel zu Eigentum oder leihweise in einfacher und zweckmässiger Ausführung abgegeben.

E. 4.2

Die Befugnis zur Aufstellung der Hilfsmittelliste nach Art. 21 Abs. 1 IVG sowie zum Erlass ergänzender Vorschriften im Sinne von Art. 21 Abs. 4 IVG hat der Bundesrat in Art. 14 IVV an das Eidgenössische Departement des Innern übertragen, welches die Verordnung über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Invalidenversicherung (HVI) mit anhangsweise aufgeführter Hilfsmittelliste erlassen hat. Laut Art. 2 HVI besteht im Rahmen der im Anhang aufgeführten Liste Anspruch auf Hilfsmittel, soweit diese für die Fortbewegung, die Herstellung des Kontaktes mit der Umwelt oder für die Selbstsorge notwendig sind (Abs. 1). Anspruch auf die in dieser Liste mit * bezeichneten Hilfsmittel besteht nur, so weit diese für die Ausübung einer Erwerbstätigkeit oder die Tätigkeit im Aufgabenbereich, für die Schulung, die Ausbildung, die funktionelle Angewöhnung oder für die in der zutreffenden Ziffer des Anhangs ausdrücklich genannte Tätigkeit notwendig sind (Abs. 2; BGE 122 V 214 Erw. 2a). Die Liste der Hilfsmittel im Anhang der HVI nennt unter der Ziff. 2.03 "Rumpforthesen".

E. 5.1

Gemäss Art. 9 Abs. 1 IVG werden Eingliederungsmassnahmen in der Schweiz, ausnahmsweise auch im Ausland, gewährt.

E. 5.2

Erweist sich die Durchführung einer Eingliederungsmassnahme in der Schweiz als unmöglich, insbesondere weil die erforderlichen Institutionen oder Fachpersonen fehlen, so übernimmt die Versicherung gemäss Art. 23 bis Abs. 1 IVV die Kosten der einfachen und zweckmässigen Durchführung im Ausland. Die Versicherung übernimmt laut Art. 23 bis Abs. 2 IVV (in der seit 1. Januar 2001 geltenden Fassung) die Kosten für die einfache und zweckmässige Durchführung medizinischer Massnahmen, die notfallmässig im Ausland durchgeführt werden. Wird eine Eingliederungsmassnahme aus anderen, nicht in Art. 23 bis Abs. 1 IVV angeführten beachtlichen Gründen im Ausland durchgeführt, so vergütet die Versicherung laut Art. 23 bis Abs. 3 IVV (in der seit 1. Januar 2001 geltenden Fassung) die Kosten bis zu dem Umfang, in welchem solche Leistungen in der Schweiz zu erbringen gewesen wären.

E. 5.3

Gemäss der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG) kann die von einer in der Schweiz wohnhaften versicherten Person beanspruchte Massnahme nur dann im Ausland gewährt werden, wenn sie objektiv wegen ihrer Besonderheit und Seltenheit in der Schweiz nicht oder noch nicht vollzogen werden kann (ZAK 1984 S. 86). Blosser Vorzüge im Einzelfall genügen nicht; die Invalidenversicherung gewährt den Versicherten grundsätzlich nur diejenigen Massnahmen, welche im Einzelfall notwendig, aber auch genügend sind, nicht aber das nach den gegebenen Umständen Bestmögliche (BGE 110 V 102, 98 V 213 Erw. 6). Zudem führte das EVG in BGE 110 V 99 aus, dass die Voraussetzungen des Abs. 2 von Art. 23 bis IVV, in der bis Ende 2000 gültig ge wesenen Fassung (der Abs. 3 von Art. 23 bis IVV in der seit 1. Januar 2001 gel tenden Fassung entspricht), offensichtlich weniger weit gehen als diejenigen von Art. 23 Abs. 1 IVV. Obgleich diese Norm somit nicht eng auszulegen ist, können beachtliche Gründe indes lediglich solche von erheblichem Gewicht sein, weil sonst nicht nur Abs. 1 von Art. 23 bis IVV bedeutungslos, sondern auch Art. 9 Abs. 1 IVG unterlaufen würde, wonach Eingliederungsmassnahmen (nur) "ausnahmsweise" im Ausland gewährt werden (AHI 1997 S. 119 Erw. 5c mit Hinweisen). So führt beispielsweise bei Vornahme einer komplizierten Operation der Umstand, dass eine spezialisierte Klinik im Ausland über mehr Erfahrung auf dem betreffenden Gebiet verfügt, für sich allein noch nicht zu einer Anwendung von Art. 23 bis Abs. 2 IVV in der bis Ende 2000 gültig gewesenen Fas sung (AHI 1997 S. 298 Erw. 2b). Zu bejahen ist diese Anspruchsgrundlage hin gegen, wenn eine besonders seltene Krankheit vorliegt, mit welcher ein in der Schweiz tätiger Spezialist noch kaum konfrontiert wurde und deren Behandlung eine genaue Diagnose erfordert (Urteil des EVG in Sachen A. vom 21. Juli 2000, I 740/99).

E. 5.4

Das EVG befasste sich zumindest in zwei Urteilen mit in der E. ___ durchgeführten mehrwöchigen konservativen Skoliose-Therapie. Im Ur teil vom 10. Mai 1996 in Sachen L. (I 13/96) führte es aus, Art. 23 bis Abs. 1 IVV begründe keinen Anspruch auf Durchführung von medizinischen Massnahmen nach einer anderen oder weiterentwickelten Behandlungsmethode, wenn in der Schweiz die für die Behandlung eines Leidens im Einzelfall notwendige oder ge eignete Therapiemöglichkeit angeboten werde, da die Invalidenversicherung nach dem Verhältnismässigkeitsgrundsatz nicht für die bestmögliche Mass nahme aufzukommen habe, sondern lediglich für das, was im Einzelfall not wendig, aber auch genügend sei. Hingegen lägen beachtliche Gründe im Sinne von Art. 23 bis

Abs. 2 IVV vor, wenn die Versicherte die Behandlung zur Vermeidung eines orthopädisch-chirurgischen Eingriffs anbegehre. Im Ergebnis habe daher die Invalidenversicherung die Kosten nur, aber immerhin, im Rahmen dessen zu tragen, was die in der Schweiz anstelle der in der E.____ durchgeführten Skoliose-Therapie erhältlichen Leistungen gekostet hätten. Hierfür habe die Verwaltung aber abzuklären, welche Leistungen in der Schweiz anstelle der in der E.____ erfolgten Leistungen zu erbringen gewesen wären (vgl. auch das diese EVG-Rechtsprechung wiedergebende Schreiben des Bundesamtes für Sozialversicherung, BSV, vom 30. Juli 2004, Urk. 29). Weiter lege das EVG im Urteil H. vom 23. Juni 2003 (K 102/03) betreffend Art. 34 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) und Art. 36 Abs. 1 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) dar, eine medizinische Notwendigkeit zur Behandlung im Ausland bestehe nur dann, wenn entweder in der Schweiz überhaupt keine Behandlungsmöglichkeit bestehe oder eine innerstaatlich praktizierte diagnostische oder therapeutische Massnahme im Vergleich zur auswärtigen Behandlungsmethode für die betroffene Person erheblich höhere, wesentliche Risiken mit sich bringe. Weil die Skoliose in den schweizerischen Kliniken mittels operativer Therapie angegangen werde, stelle folglich die in der E.____ angebotene, mehrwöchige konservative Skoliose-Therapie keine notwendige Behandlung im Sinne des Krankenversicherungsrechts dar (vgl. RKUV 2003 S. 229 ff.).

E. 6.1

Aus den soeben Dargestellten folgt, dass die von der Beschwerdeführerin im Ausland bezogenen Eingliederungsleistungen in der Form einer Rumpforthese sowie der konservativen Skoliosetherapie nach Katharina-Schroth auf der Grundlage von Art. 9 Abs. 1 IVG und Art. 23 bis Abs. 3 IVV von der Beschwerdegegnerin im Rahmen dessen zu erstatten sind, was jene Leistungen gekostet hätten, die in der Schweiz anstelle der in der E.____ durchgeführten Skoliose-Therapie hätten durchgeführt werden müssen.

E. 6.2

Aus den Akten ist nicht ersichtlich, welche Leistungen zu welchen Preisen im Falle der Beschwerdeführerin in der Schweiz anstelle der in der E.____ durchgeführten Skoliosetherapie hätten erbracht werden müssen. Demnach kann nicht ausgeschlossen werden, dass deren Kosten geringer sind als die von der Klinik in Rechnung gestellten Euro 3'360.--, weshalb nachfolgend zu prüfen, ob und gegebenenfalls zu welchem Erstattungssatz das internationale Sozialrecht der Schweiz einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf die in Deutschland durchgeführte Skoliosetherapie vorsieht. Demgegenüber steht fest, dass die Kosten von Euro 2'800.-- für das von der Beschwerdeführerin im Mai 2003 in Stuttgart bezogene Rahmouni-Korsett umgerechnet tiefer liegen als der Preis von Fr. 4'723.90 für das von ihr im März 2002 in Zürich bezogene Cheneau-Korsett. Dennoch soll nachfolgend zugleich geprüft werden, ob und gegebenenfalls zu welchem Erstattungssatz das internationale Sozialrecht der Schweiz auch einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf Bezug der Rahmouni-Rumpforthese enthält.

E. 7.1

Am 1. Juni 2002 ist das Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit vom 21. Juni 1999 (Freizügigkeitsabkommen, FZA) in Kraft getreten.

Laut seiner Präambel ist es Ausdruck des Entschlusses der Vertragsparteien, die Freizügigkeit zwischen ihnen auf der Grundlage der in der Europäischen Gemeinschaft geltenden Bestimmungen zu verwirklichen. Soweit für seine Anwendung Begriffe des Gemeinschaftsrechts herangezogen werden, wird hierfür nach Art. 16 Abs. 2 FZA die einschlägige Rechtsprechung des Gerichtshofs der Europäischen Gemeinschaften (EuGH) vor dem Zeitpunkt der Unterzeichnung berücksichtigt. Überdies ist es den schweizerischen Behörden im Allgemeinen nicht verwehrt, die nach dem 21. Juni 1999 als dem Zeitpunkt der Unterzeichnung ergangene EuGH-Rechtsprechung "auto nom" nachzuvollziehen (BGE 128 V 320 Erw. 1c). Dies gilt jedenfalls dann, wenn es sich bei dem nach dem 21. Juni 1999 ergangenen EuGH-Urteil nicht um eine neue Rechtsprechung im engeren Sinn handelt (vgl. BGE 130 II 113 ff., 119 f. Erw. 5.2 mit Hinweis auf Kay Hailbronner, Freizügigkeit nach EU-Recht und dem bilateralen Abkommen mit der Schweiz über die Freizügigkeit der Personen, in EuZ 2003, S. 48 ff., 52).

E. 7.2

Gemäss Art. 8 FZA regeln die Vertragsstaaten die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, indem sie unter anderem die anwendbaren Rechtsvorschriften in Übereinstimmung mit Anhang II des Abkommens bestimmen. Gemäss Art. 1 Abs. 1 Anhang II FZA in Verbindung mit Abschnitt A/1 Anhang II FZA wenden die Vertragsstaaten zum Zweck dieser Koordinierung die Normen der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 über die Anwendung der Systeme der Sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, an (nachfolgend: Verordnung Nr. 1408/71).

E. 7.3

In sachlicher Hinsicht beschlägt die Verordnung Nr. 1408/71 laut ihrem Art. 4 Abs. 1 lit. a unter anderem die Rechtsvorschriften der Vertragsstaaten über Leistungen bei Krankheit und Mutterschaft. Da die Qualifizierung der in Art. 4 Abs. 1 lit. a-h der Verordnung Nr. 1408/71 aufgezählten Risiken Vertragsauto nom zu erfolgen hat, kann die Abgrenzung zwischen den einzelnen aufgezählten Risiken von den in den landesrechtlichen Gesetzen enthaltenen Abgrenzungen abweichen (vgl. Edgar Imhof, Eine Anleitung zum Gebrauch des Personenfreizügigkeitsabkommens und der Verordnung Nr. 1408/71, in Hans-Jakob Mosimann, Hrsg., Aktuelles im Sozialversicherungsrecht, Zürich 2001, S. 19 ff., 32). Laut Rechtsprechung des EuGH fallen unter dem Begriff der Leistungen bei Krankheit und Mutterschaft auch chirurgische und medizinische Rehabilitationsmassnahmen der Invalidenversicherungssysteme der Mitgliedstaaten (EuGH-Urteil vom 10. Januar 1980 in der S. 69/79, Jordens-Vosters, in Slg. 1980, 75, Rn. 8). Demnach fallen die vorliegend strittigen medizinischen Dienst- und Sachleistungen nach Art. 12 und 21 IVG unter den Begriff der Leistungen bei Krankheit und Mutterschaft in Art. 4 Abs. 1 Buchst. a der Verordnung Nr. 1408/71 und folglich unter die für diese Leistungen geltenden besonderen Koordinationsregeln in Art. 18-36 der Verordnung Nr. 1408/71.

E. 7.4

Gemäss Art. 2 Abs. 1 der Verordnung Nr. 1408/71 gilt diese Verordnung für Arbeitnehmer und Selbständige, für welche die Rechtsvorschriften eines oder mehrerer Mitgliedstaaten gelten oder galten, soweit sie Staatsangehörige eines Mitgliedstaates sind oder als Staatenlose oder Flüchtlinge im Gebiet eines Mitgliedstaates wohnen, sowie für deren Familienangehörige und Hinterbliebene. Art. 22a der Verordnung Nr. 1408/71 schreibt

eine Ausnahme von Art. 2 Verordnung Nr. 1408/71 fest. Danach erfasst die Bestimmung von Artikel 22 Absatz 1 Buchst. a und c der Verordnung Nr. 1408/71 alle Personen, die Staatsangehörige eines Mitgliedstaats und nach den Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats versichert sind, und die bei ihnen wohnenden Familienangehörigen. Die Beschwerdeführerin ist schweizerische Staatsangehörige und wird daher in persönlicher Hinsicht von Artikel 22 Absatz 1 Buchst. c der Verordnung Nr. 1408/71 begünstigt.

E. 7.5.1

Art. 22 der Verordnung Nr. 1408/71 betrifft laut seinem Titel unter anderen den Fall der "Notwendigkeit, sich zwecks angemessener Behandlung in einen anderen Mitgliedstaat zu begeben".

Gemäss Art. 22 Abs. 1 Buchst. c lit. i der Verordnung Nr. 1408/71 hat ein Arbeitnehmer oder Selbständiger, der die nach den Rechtsvorschriften des zuständigen Staates für den Leistungsanspruch erforderlichen Voraussetzungen erfüllt und der vom zuständigen Träger die Genehmigung erhalten hat, sich in das Gebiet eines anderen Mitgliedstaats zu begeben, um dort eine seinem Zustand angemessene Behandlung zu erhalten, Anspruch auf Sachleistungen für Rechnung des zuständigen Trägers vom Träger des Aufenthalts- oder Wohnorts nach den für diesen Träger geltenden Rechtsvorschriften, und zwar als ob er bei dem versichert wäre; die Dauer der Leistungsgewährung richtet sich jedoch nach den Rechtsvorschriften des zuständigen Staates. Der zuständige Träger ist laut der Legaldefinition in Art. 1 Buchst. o lit. i der Verordnung Nr. 1408/71 jener Träger, bei dem die in Betracht kommende Person im Zeitpunkt des Antrags auf Leistungen versichert ist. 'Träger des Wohnorts' und 'Träger des Aufenthaltsorts' ist nach Art. 1 Buchst. p der Verordnung Nr. 1408/71 insbesondere jener Träger, der nach den Rechtsvorschriften, die für ihn gelten, für die Gewährung der Leistungen an dem Ort zuständig ist, an dem die betreffende Person wohnt oder sich aufhält.

Nach Art. 22 Abs. 2 Unterabs. 2 der Verordnung Nr. 1408/71 darf die nach Absatz 1 Buchst. c erforderliche Genehmigung nicht verweigert werden, wenn die betreffende Behandlung zu den Leistungen gehört, die in den Rechtsvorschriften des Mitgliedstaats vorgesehen sind, in dessen Gebiet die betreffende Person wohnt, und wenn sie in Anbetracht ihres derzeitigen Gesundheitszustands und des voraussichtlichen Verlaufs der Krankheit diese Behandlung nicht in einem Zeitraum erhalten kann, der für diese Behandlungen in dem Staat, in dem sie ihren Wohnsitz hat, normalerweise erforderlich ist. Das System der vorherigen Genehmigung muss sich auf eine leicht zugängliche Verfahrensregelung stützen, der Entscheid über den Antrag innert angemessener Frist erfolgen und ein ablehnender Entscheid gerichtlich anfechtbar sein (EuGH-Urteil vom 23. Oktober 2003 in der Rs. C-56/01, Inzian, in Slg. 2003 I-2403, Rn. 48).

E. 7.5.2

Art. 36 der Verordnung Nr. 1408/71 steht unter dem Titel "Erstattung zwischen den Trägern". Laut Art. 36 Abs. 1 der Verordnung Nr. 1408/71 sind die Aufwendungen für Sachleistungen, die auf Grund dieses Kapitels vom Träger eines Mitgliedstaats für Rechnung des Trägers eines anderen Mitgliedstaats gewährt worden sind, in voller Höhe zu erstatten. Wird nachträglich im gerichtlichen Verfahren oder durch die Verwaltung selber festgestellt, dass ein Antrag gemäss Art. 22 Abs. 1 Buchst. c der Verordnung Nr. 1408/71 zu Unrecht abgelehnt wurde, so hat die versicherte Person Anspruch gegen den zuständigen Träger auf Vergütung in der Höhe, welche dieser dem Träger des Aufenthaltsortes nach

dem für diesen geltenden Tarifrecht zu erstatten gehabt hätte, wenn die Genehmigung von Anfang an ordnungsgemäss erteilt worden wäre (EuGH-Urteil vom 12. Juli 2001 in der Rs. C-368/98, Vanbrackel, in Slg. 2001, I-5363, Rn. 34). Zudem erklärte der EuGH in einem neueren Entscheid eine direkte Erstattung durch den zuständigen Versicherungsträger an die vorleistende versicherte Person unter bestimmten Voraussetzungen als zulässig (EuGH-Urteil vom 14. Oktober 2004 in der Rs. C-193/03, Betriebskrankenkasse der Bosch GmbH, in Slg. noch nicht publiziert).

E. 7.5.3

Im Verfahren nach Art. 22 der Verordnung Nr. 1408/71 wird die versicherte Person gegenüber dem Träger des Aufenthaltsstaates leistungsaushilfe berechtigt, was eine administrative Zusammenarbeit zwischen dem zuständigen Träger des Versicherungsstaates und dem aushelfenden Träger des Aufnahme staates auf der Grundlage des sog. E 112-Verfahrens erforderlich macht. Der zuständige Träger hat schliesslich dem aushelfenden Träger die Behandlung nach den Tarifsätzen des Aufenthalts staates im Verfahren nach Art. 36 der Verordnung Nr. 1408/71 und den zugehörigen Bestimmungen der Durchfüh rungs verordnung Nr. 574/72 zu erstatten (EuGH-Urteil vom 23. Oktober 2003 in der Rs. C-56/01, In zian, in Slg. 2003 I-2403, Rn. 19 f. und Rn. 24). Mit andern Worten wird die versicherte Person im Rahmen der Leistungs aushilfe nach Art. 22 der Verordnung Nr. 1408/71 tempo rär in das Kranken versicherungs system des Aufnahmestaates eingegliedert, sie erhält die in dessen Leistungs katalog vorgesehenen Leistungen nach den dortigen gesetzlichen Voraus setzungen und schliesslich erfolgt eine Abrechnung über die erbrachten Leistungen zwischen dem aushelfenden Träger des Aufenthalts staates und dem zuständigen Träger des Versicherungsstaates nach den Sätzen und Tarifen des behandelnden Staates. Dabei hat die versicherte Person die Kosten gemäss den Beteiligungsregeln in den Rechts vorschriften des aushelfenden Staates zu tragen (zum Verfahren der Leistungs aushilfe vgl. Beat Meyer, Auslands leistungen nach KVG und im Bereich der Bi lateralen Ab kommen, in Brunner/Rehbinder/Stauder, Hrsg., Jahrbuch des Schweizerischen Konsumentenrechts 2003, Bern 2004, S. 67 ff., 84 ff.; Thomas Locher, Auswirkungen des Freizügigkeitsabkommens auf das schweizerische Sozial versicherungsrecht, in Thomas Cottier/Mattias Oesch, Hrsg., Die sektoriellen Abkommen Schweiz-EG, Bern 2002, S. 39 ff., 67 f.).

E. 7.6.1

Die heute gültige Fassung von Art. 22 Abs. 2 Unterabs. 2 der Verordnung Nr. 1408/71 entstammt der Änderungsverordnung Nr. 2793/81 (ABl. Nr. L 275 vom 29. September 1981, S. 1 ff.). Diese Neufassung bezweckt eine Korrektur der Rechtslage, die sich aus der EuGH-Rechtsprechung (Urteil vom 16. März 1978 in der Rs. 117/77, Pierik, in Slg. 1978, 825; Urteil vom 31. Mai 1979 in der Rs. 182/78, Pierik, in Slg. 1979, 1977) zur alten Fassung von Art. 22 Abs. 2 Unterabs. 2 der Verordnung Nr. 1408/71 ergeben hatte und wonach diese Bestimmung der versicherten Person die Möglichkeit zum Bezug von Leistungen im EU-Ausland eröffnete, welche nicht zugleich Teil des inländischen Leistungskatalogs waren (vgl. dazu Bernd Schulte/Hans F. Zacher, Das Sozial recht in der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs, in Georg Wannagat, Hrsg., Jahrbuch des Sozialrechts der Gegenwart 1980, S. 359 ff., 271; Görg Haverkate/Stefan Huster, Europäisches Sozialrecht, Eine Einführung, Baden-Baden 1999, Rn. 173; Eberhard Eichenhofer, Sozialrecht der Europäischen Union, 2. Auflage, Berlin 2003, Rn. 174 ff.).

E. 7.6.2

Gemäss dem EuGH-Urteil Inzian enthält Art. 22 Abs. 2 Unterabs. 2 der Verordnung Nr. 1408/71 zwei kumulativ zu erfüllende Bedingungen. Die erste besteht darin, dass die betreffende Behandlung zu den Leistungen gehört, die in den Rechtsvorschriften des Mitgliedstaates vorgesehen sind, in dessen Gebiet die versicherte Person wohnt (EuGH-Urteil vom 23. Oktober 2003 in der Rs. C- 56/01, Inzian, in Slg. 2003 I-2403, Rn. 41 f.). Die zweite Bedingung verlangt, dass der Patient die Behandlung im EU-Ausland in Anbetracht seines derzeitigen Gesundheitszustandes und des voraussichtlichen Verlaufs der Krankheit nicht in einem Zeitraum erhalten kann, der im Wohnmitgliedstaat normalerweise erforderlich ist. Diese Bedingung ist immer dann nicht erfüllt, wenn die gleiche oder eine für den Patienten ebenso wirksame Behandlung rechtzeitig im Wohnmitgliedstaat erlangt werden kann.

Der zuständige Träger hat bei der Beurteilung dieser Frage sämtliche Umstände des konkreten Falls zu beachten und dabei nicht nur den Gesundheitszustand des Patienten zum Zeitpunkt der Einreichung des Genehmigungsantrages und gegebenenfalls das Ausmass der Schmerzen und die Art der Behinderung, sondern auch die Vorgeschichte des Patienten zu berücksichtigen (a.a.O., Rn. 44 ff.). Art. 22 Abs. 2 Unterabs. 2 der Verordnung Nr. 1408/71 zwingt einen Mitgliedstaat nicht, die Liste der in seinem Krankenversicherungssystem erfassten Leistungen zu erweitern. Vielmehr ist die unterschiedliche Deckung durch die nationalen Krankenversicherungssysteme eine Folge der Freiheit, über welche die Mitgliedstaaten bei der Ausgestaltung ihrer Systeme der sozialen Sicherheit verfügen (Schlussanträge vom 21. Januar 2003 von Generalanwalt Ruiz-Jarabo Colomer, in der Rs. Inzian, Rn. 41 und 45).

E. 7.6.3

Da der Inhalt des EuGH-Urteils Inzian bereits in der Rechtsprechung zu den Urteilen Pierik I und II in Verbindung mit der nachfolgenden gesetzgeberischen Korrektur angelegt war (vgl. dazu Görg Haverkate/Stefan Huster, a.a.O., Rn. 173 f.; Eberhard Eichenhofer, a.a.O., Rn. 177 mit weiteren Hinweisen), stellt dieses Urteil keine neue Rechtsprechung im eigentlichen Sinne dar. Es kann daher auf die vorliegende Rechtstreitigkeit angewandt werden.

E. 8.1

Dr. A.____ legte in der Auskunft von 17. August 2004 (Urk. 22) zuhanden des Gerichts dar, hinsichtlich der konservativen Skoliose-Therapie nach Katharina-Schroth beständen zwar keine Wirksamkeitsnachweise in prospektiven randomisierten Doppelblindstudien, jedoch sei über die Effektivität dieser Therapie wiederholt in wissenschaftlich anerkannten Zeitschriften und Monographien berichtet worden. Demnach müsse diese Therapieform als wissenschaftlich anerkannt gelten. Diese Darlegungen stimmen mit den Ausführungen im EVG-Urteil vom 10. Mai 1996 in Sachen L., I 13/96, überein, wonach sich die E.____ einem weltweit anerkannten Therapiekonzept verschrieben hat und worin das EVG überdies die Kostenübernahme für das in der E.____ angepasste Skoliosekorsett als einem weitaus tauglicheren Behandlungsgerät angeordnet hatte (Erw. 5). Sind die von der Beschwerdeführerin in Deutschland bezogenen Sach- und Dienstleistungen wissenschaftlich anerkannt und somit nach den schweizerischen Rechtsvorschriften leistungspflichtig, so ist in der vorliegenden Rechtstreitigkeit die erste der in Art. 22 Unterabs. 2 der Verordnung Nr. 1408/71 genannten Bedingungen für den Anspruch auf

Genehmigung, sich zwecks medizinischer Behandlung ins Ausland zu begeben, erfüllt.

E. 8.2

Auf Anfrage vom 2. März 2006 (Urk. 34) stellte die E.____ dem hiesigen Gericht den Versorgungsvertrag vom 22. Oktober 1990, den sie mit bundesdeutschen Krankenkassenverbänden auf der Grundlage von § 111 des Sozialgesetzbuches (SGB), Fünftes Buch (V), Gesetzliche Krankenversicherung, abgeschlossen hat (Urk. 32). Laut § 1 des Versorgungsvertrages gilt der selbe für alle gesetzlichen Krankenkassen im Bereich des SGB V. Gegenstand des Versorgungsvertrages ist laut dessen § 2 die Sicherstellung medizinischer Leistungen unter anderem zur Rehabilitation im Bereich aller Arten von Skoliosen. Gemäss § 3 werden die in der E.____ erbrachten stationären Leistungen von der zuständigen Krankenkasse auf ärztliche Verordnung hin übernommen. Hieraus ist zu schliessen, dass die in der E.____ durchgeführte konservative Skoliotherapie durch den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland, welche in der vorliegenden Streitsache der Aufnahmestaat im Sinne von Art. 22 Verordnung Nr. 1408/71 darstellt, abgedeckt ist. Des Weiteren brachte die G.____, Stuttgart, auf Anfrage des Gerichts vom 6. März 2006 (Urk. 35) mit Postsendung vom 7. März 2006 Unterlagen bei, welche belegen, dass die derozierenden Rumpforthesen nach Rahmouni von Leistungskatalog deutschen Sozialversicherungen abgedeckt sind (Urk. 36 f.). Damit stellen die von der Beschwerdeführerin in Deutschland bezogenen medizinischen Sach- und Dienstleistungen Teil der Leistungen nach den Rechtsvorschriften des Trägers des Aufenthaltsortes im Sinne von Art. 22 Abs. 1 Buchst. c lit. i der Verordnung Nr. 1408/71 dar, was eine notwendige Voraussetzung zur Inanspruchnahme der Sachleistungsbeihilfe im Sinne dieser Verordnungsbestimmung ist und ihre Anwendung auf den vorliegenden Fall erst ermöglicht.

E. 8.3.1

Die zweite Voraussetzung für die Gewährung einer Auslandsbehandlung in Art. 22 Abs. 2 Unterabs. 2 der Verordnung Nr. 1408/71 ist laut dem EuGH-Urteil Inzian dann erfüllt, wenn die gleiche oder eine für den Patienten ebenso oder gleich wirksame Behandlung nicht rechtzeitig im Wohnmitgliedstaat erlangt werden kann. Es ist daher zu prüfen, ob die in der Schweiz durchführbare operative Skoliotherapie als ebenso oder gleich wirksame Behandlung im Sinne der genannten Rechtsprechung angesehen werden kann wie die konservative Therapie nach Katharina-Schroth in Verbindung mit dem Skoliosekorsett nach Rahmouni. Bejahendenfalls ist die Notwendigkeit einer Auslandsbehandlung im Sinne der genannten Verordnungsbestimmung auszuschiessen.

E. 8.3.2

Der Auskunft von 17. August 2004 von Dr. A.____ (Urk. 22) lässt sich entnehmen, dass die Beschwerdeführerin eine Wirbelsäulenverkrümmung von 45° aufwies, welche der behandelnde Arzt dem Grenzbereich eines operativen Eingriffs zuordnete, jedoch die Anpassung eines Skoliosekorsetts nach Rahmouni, welches aggressiver als die in der Schweiz erhältliche Korsette gebaut sei, in Verbindung mit der Durchführung einer stationären Intensivtherapie in der E.____ empfahl, da diese Therapieformen nach bisheriger Erfahrung in zahlreichen Fällen einen operativen Eingriff auch noch zu vermeiden erlaubten, wenn ein solcher nach den herkömmlich in der Schweiz praktizierten Methoden unumgänglich war. Auch im Falle der Beschwerdeführerin habe diese Behandlung eine ausgezeichnete Korrektur der Deformität bewirkt, so dass die vorgesehene Operation habe

annulliert werden können (so bereits der Bericht vom 11. Juli 2003, Urk. 10/35).

E. 8.3.3

Vorliegend stellt sich insbesondere die Frage, ob die mit dem in Inland verfügbaren operativen Eingriff verbundenen Risiken gleichsam als Nebenwirkungen in die Prüfung der Frage einzubeziehen sind, ob der Ausschlussgrund der gleichen oder gleich wirksamen inländischen Behandlung im Verhältnis zur Auslandsbehandlung gegeben ist. Diesbezüglich ist vorab darauf zu verweisen, dass Art. 22 Abs. 1 Buchst. c der Verordnung Nr. 1408/71 gemäss Titel und Wort laut die Notwendigkeit, sich zwecks angemessener Behandlung ins Ausland zu begeben, betrifft und folglich mit dem unbestimmten Rechtsbegriff der Angemessenheit einen gewissen Abwägungsspielraum schafft, der unter Einbezug objektiver medizinischer Elemente auszuüben ist. Entscheidend für die Beantwortung der eingangs gestellten Frage ist daher, dass auch aus medizinischer Sicht soweit möglich eine weniger eingreifende konservative Therapie einer Operation vorgezogen wird, welche gerade im Bereich des Rückens stets mit einem gewissen Restrisiko verbunden ist (vgl. z.B. Alfred M. Debrunner, Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, Patienten orientierte Diagnostik und Therapie des Bewegungsapparates, 4. Auflage, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle 2002, S. 834 ff.), und aus rechtlicher Sicht gemäss dem Verhältnismässigkeitsgrundsatz zumindest unter im Übrigen gleichen Umständen das mildere Mittel zu wählen ist. Anders als im Rahmen der oben angeführten Rechtsprechung zum Landesrecht (Erw. 5.3 f.) kann daher im Rahmen des Freizügigkeitsrechts eine Auslandsbehandlung nicht erst als notwendig angesehen werden, wenn ein im Inland alternativ verfügbarer operativer Eingriff erheblich höhere Risiken als die ausländische Behandlung mit sich bringt (zur Unzulässigkeit einer ähnlichen landesrechtlichen Bestimmung im Sinne des Erfordernisses wesentlich grösserer Erfolgsaussichten der Auslandsbehandlung vgl. EuGH Urteil vom 18. März 2004 in der Rs. C-8/02, Leichtle, in Slg. noch nicht publiziert). Vielmehr ist zu fragen, ob im Falle, dass die angebehrte konservative Behandlung in der Schweiz angeboten würde, der operative Eingriff bereits als genügende Leistung angesehen und daher die Übernahme der konservativen Therapie durch die Invalidenversicherung ausgeschlossen würde. Dies kann verneint werden, ansonsten das EVG die Versicherung nicht zur Bezahlung der Kosten der konservativen Skoliose Therapie nach Katharina-Schroth im Rahmen von Art. 23 bis Abs. 3 IVV verpflichtet hätte. Zudem ist zumindest im Fall von Kindern den subjektiven Ängsten vor einem operativen Eingriff Rechnung zu tragen. Aus dem Dargestellten folgt, dass der operative Eingriff nicht als ebenso wirksame Behandlung im Sinne der Rechtsprechung zu Art. 22 Abs. 2 Unterabs. 2 der Verordnung Nr. 1408/71 betrachtet werden kann. Demnach hätte die Beschwerdeführerin der Beschwerdeführerin die Genehmigung zur Inanspruchnahme dieser Leistungen in der Bundesrepublik Deutschland nicht verweigern dürfen.

E. 9.1

Gemäss § 9 des Versorgungsvertrages mit der E.____ wird die Vergütung jeweils auf der Grundlage einer sparsamen Bewirtschaftung zwischen den Krankenkassenverbänden und dem Träger der Einrichtung frei vereinbart. Eintritts- und Austrittstag werden zusammen als ein Tag berechnet. Mit der Vergütung sind alle zweckmässigen medizinischen und ausreichenden Massnahmen der Behandlungen mit Unterkunft und Verpflegung abgegolten. Weitere Kosten können der Krankenkasse nicht in Rechnung gestellt werden. Laut dem Schreiben vom 20. Juni 2001 mehrerer deutscher Krankenkassenverbände an die E.____ (Urk. 33) gilt für dieselbe ein allgemeiner Vergütungsansatz von Euro 113,25 pro

Tag. Demgegenüber basiert die Rechnung, welche die E.____ an die Beschwerdeführerin für den Aufenthalt vom 17. September bis 15. Oktober 2003 bestellt hatte, auf dem für Selbstzahler gültigen Ansatz von Euro 120.-- (Urk. 10/38) und beträgt ins gesamt Euro 3'360.--. Auf der Grundlage des mit den gesetzlichen Krankenversicherung vereinbarten Tarifs würde die Kosten lediglich Euro 3'171.-- (28 Tage x Euro 113,25) betragen.

E. 9.2

Ebenso reichte die G.____ dem Gericht mit Schreiben vom 7. März 2006 (Urk. 36) einen Zulassungsentscheid vom 18. August 1995 der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) Baden-Württemberg gemäss § 126 Abs. 3 SGB V (Urk. 37) sowie einen Kostenvoranschlag zu Händen der gesetzlichen Krankenversicherung für eine derotierende Rumpforthese über Euro 2'284,21 zuzüglich 7 % Mehrwertsteuern in der Höhe von Euro 159,89, insgesamt also Euro 2'444.10 ein (Urk. 38). Demgegenüber wurden der Beschwerdeführerin für die Anfertigung und Anpassung des Skoliose-Korsetts Euro 2'800.-- (inklusive 7 % MWSt; Urk. 10/32) in Rechnung gestellt. Jedoch lässt sich aus dem Ersteren nicht ohne Weiteres ableiten, dass die derotierenden Rumpforthesen nach Rahmouni in jedem Fall zu diesem Tarif abgerechnet werden, oder ob diese Tarife je nach Einzelfall variieren.

E. 9.3

Hinsichtlich der stationären Therapie nach Katharina Schroth bleibt damit die Frage offen, wie weit die deutsche Sozialversicherung im Bereich stationärer Therapien Selbstbehalt kennt, welche die Beschwerdeführerin im Rahmen der tariflichen Vergütung von Euro 3'171.-- selbst zu tragen hätte (vgl. Erw. 6.5). Hinsichtlich der Rahmouni-Orthese bleibt unsicher, zu welchem genauen Tarif das von der Beschwerdeführerin bezogene Skoliosekorsett von der deutschen Sozialversicherung vergütet worden wäre und ob das deutsche Recht diesbezüglich Selbstbehalt vorschreibt, welche die Beschwerdeführerin eben falls zu tragen hätte.

E. 9.4

Demnach sind die angefochtenen Einspracheentscheide aufzuheben, und es ist festzustellen, dass die Beschwerdeführerin grundsätzlich Anspruch auf Erstattung der Kosten für das in Deutschland bezogene und am 7. Mai 2003 in Rechnung gestellte Skoliosekorsett nach Rahmouni sowie die in Deutschland vom 17. September bis 15. Oktober 2003 durchgeführte konservative Skoliosetherapie nach Katharina-Schroth hat, und es wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie nach Einholen der nach bundesdeutschem Sozialrecht für das bezogene Skoliosekorsett geltenden Tarifsätze und der allen falls für das Korsett und die stationäre Therapie geltenden Zuzahlungsordnungen die Höhe der Kostenvergütung festlege. 10.

Ausgangsgemäss ist die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin eine angemessene, zufolge lediglich teilweisem Obsiegen (vgl. Erw. 1.1) leicht reduzierte Prozessentschädigung zu bezahlen, welche in Anwendung von § 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht namentlich unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens auf Fr. 3'100.-- (inklusive Barauslagen und 7.6 % Mehrwertsteuer) festzusetzen ist. Der Einzelrichter erkennt: 1.

Die Beschwerde vom 24. November 2003 wird in den Sinne teilweise gutgeheissen, als der angefochtene Einspracheentscheid vom 23. Oktober 2003 aufgehoben und festgestellt

wird, dass die Beschwerdeführerin grundsätzlich Anspruch auf Erstattung der Kosten für das am 7. Mai 2003 in Rechnung gestellte, im Ausland bezogene Skoliose korsett hat, und es wird die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen, damit diese im Sinne der Erwägungen verfähre und hernach die Höhe des Erstattungsanspruchs festlege. Im übrigen Umfang wird auf die Beschwerde nicht eingetreten. 2.

Die Beschwerde vom 24. November 2003 wird in den Sinne teilweise gutgeheissen, als der angefochtene Einspracheentscheid vom 24. Oktober 2003 aufgehoben und fest gestellt wird, dass die Beschwerdeführerin grundsätzlich Anspruch auf Erstattung der Kosten für die vom 17. September bis 15. Oktober 2003 im Ausland durchgeführte Skoliose therapie hat, und es wird die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen, damit diese im Sinne der Erwägungen verfähre und hernach die Höhe des Erstattungsanspruchs festlege. Im übrigen Umfang wird auf die Beschwerde nicht eingetreten. 3.

Das Verfahren ist kostenlos. 4.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessent schädigung in Höhe von Fr. 3'100.-- (inklusive Barauslagen und 7.6 % Mehr wert steuer) zu bezahlen. 5.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Philipp Baumann - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherung 6.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Eidgenössischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde eingereicht werden. Die Beschwerdeschrift ist dem Eidgenössischen Versicherungsgericht, Schweizerhof quai 6, 6004 Luzern, in dreifacher Ausfertigung zuzustellen. Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel 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, so weit die beschwerdeführende Person sie in Händen hat (Art. 132 in Verbindung mit Art. 106 und 108 OG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der EinzelrichterDie Gerichtssekretärin FaesiBachmann

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