

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.00239 vom 30. Mai 2006

ZH Sozialversicherungsgericht, 2006-05-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2005.00239

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.00239 du 30 mai 2006

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.00239 del 30 maggio 2006

Erwägungen

E. 1

1.1. Über den Wert der im Streit liegenden Versicherungsleistung liegen keine abschliessenden Angaben vor (vgl. Urk. 3/2 = 7/30, je S. 1, 3/4 = 7/46 und 3/7 = 7/8, je S. 3).

Unbesehen der - bis zu einem Fr. 20'000.-- nicht übersteigenden Streitwert reichenden (Art. 11 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer]) - allfälligen einzelrichterlichen Zuständigkeit rechtfertigt sich eine kollegialgerichtliche Beurteilung (Art. 11 Abs. 4 GSVGer).

1.2. Das am 1. Januar 2003 in Kraft getretene Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 (samt zugehöriger Verordnung [ATSV] vom 11. September 2002) wie auch die am 1. Januar 2004 in Kraft getretenen Änderungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 21. März 2003 und der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 21. Mai 2003 (4. IV-Revision) sind vorliegend anwendbar (BGE 129 V 4 Erw. 1.2, 169 Erw. 1 und 356 Erw. 1, je mit Hinweisen).

Dabei ist zu beachten, dass es sich bei den in Art. 3-13 ATSG enthaltenen Legaldefinitionen in aller Regel um eine formellgesetzliche Fassung der höchstrichterlichen Rechtsprechung zu den entsprechenden Begriffen vor Inkrafttreten des ATSG handelt und sich inhaltlich damit, namentlich im Bereich der medizinischen Massnahmen Minderjähriger (Art. 12 ff. IVG) keine Änderung ergibt (BGE 130 V 345 ff. Erw. 3.1-3.4; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes [EVG] vom 27. August 2004 in Sachen I. [I 670/03]). Die dazu entwickelte Rechtsprechung kann folglich übernommen und weitergeführt werden.

E. 1.4

Inzwischen war in der Zeit vom 13. bis zum 30. September 2004 die Sondenentwöhnung der Versicherten in der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde in A-Graz erfolgreich durchgeführt worden (vgl. Urk. 3/7 = 7/8, je S. 3, und 7/29).

2. Gegen den Einspracheentscheid vom 26. Januar 2005 (Urk. 2) beschwerten sich die Eltern der Versicherten mit Eingabe vom 21. Februar 2005 (Urk. 1; samt Beilagen [Urk. 3/1-9]) beim Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich, wobei sie das abschliessig beschiedene Leistungsbegehren erneuerten. Die Verwaltung beantragte mit Beschwerdeantwort vom 18. April 2005 (Urk. 6; samt Aktenbeilage [Urk. 7/1-64]) die Abweisung der Beschwerde, worauf der Schriftenwechsel mit Verfügung vom 20. April 2005 (Urk. 8) geschlossen wurde (Disp.-Ziff. 1).

3. Die Sache ist beim derzeitigen Aktenstand spruchreif und kann ohne Weiterungen der Erledigung zugeführt werden. Auf die Parteivorbringen (Urk. 1 und 6) und die zu würdigenden Akten (Urk. 3/1-9 und 7/1-64) wird - soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich - in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

E. 2.1.1

Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) unmittelbar bedrohte Versicherte haben 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 (Art. 8 Abs. 1 IVG).

Nach Massgabe von Art. 13 IVG, Art. 19 IVG und Art. 21 IVG besteht der Anspruch auf Leistungen unabhängig von der Möglichkeit einer Eingliederung ins Erwerbsleben oder in den Aufgabenbereich (Art. 8 Abs. 2 IVG). Die Eingliederungsmassnahmen bestehen unter anderem in medizinischen Massnahmen (Art. 8 Abs. 3 lit. a IVG).

E. 2.1.2

Versicherte haben 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 oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren (Art. 12 Abs. 1 IVG). Damit werden namentlich die Aufgabenbereiche der Invalidenversicherung einerseits und der sozialen Kranken- und Unfallversicherung andererseits gegeneinander abgegrenzt. 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 und 102 V 41 f.).

Als medizinische Massnahmen im Sinne von Art. 12 IVG gelten namentlich chirurgische, physiotherapeutische und psychotherapeutische Vorkehren, die eine als stabiler oder wenigstens relativ stabilisierter 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 oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren. Die Massnahmen müssen nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sein und den Eingliederungserfolg in einfacher und zweckmässiger Weise anstreben (Art. 2 Abs. 1 IVV; BGE 120 V 279 Erw. 3a; AHI 2003 S. 104 Erw. 2; SVR 1995 IV Nr. 34 S. 89 f. Erw. 1a).

Im Falle minderjähriger Versicherter kann vom strikten Erfordernis der Korrektur stabiler Funktionsausfälle oder Defekte gegebenenfalls abgesehen werden (vgl. Art. 5 Abs. 2 IVG in Verbindung mit Art. 8 Abs. 2 ATSG). Hier können medizinische Vorkehren schon dann überwiegend der beruflichen Eingliederung dienen und trotz des einstweilen noch labilen Charakters des Leidens von der Invalidenversicherung übernommen werden,

wenn ohne diese Vorkehren eine Heilung mit Defekt oder ein anderer stabilisierter Zustand einträte, welcher die Berufsbildung oder die Erwerbsfähigkeit voraussichtlich beeinträchtigen würde. Die entsprechenden Kosten werden bei Minderjährigen also von der Invalidenversicherung getragen, wenn das Leiden mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zu einem schwer korrigierbaren, die spätere Ausbildung und Erwerbsfähigkeit erheblich behindernden stabilen pathologischen Zustand führen würde (BGE 131 V 21 Erw. 4.2, mit Hinweisen).

E. 2.1.3

Versicherte haben bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen (Art. 3 Abs. 2 ATSG) notwendigen medizinischen Massnahmen (Art. 13 Abs. 1 IVG). Der Bundesrat bezeichnet die Gebrechen, für welche diese Massnahmen gewährt werden. Er kann die Leistung ausschliessen, wenn das Gebrechen von geringfügiger Bedeutung ist (Art. 13 Abs. 2 IVG).

Als Geburtsgebrechen gelten diejenigen Krankheiten, die bei vollendeter Geburt bestehen (Art. 3 Abs. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 Satz 1 GgV). Die blossе Veranlagung zu einem Leiden gilt nicht als Geburtsgebrechen. Der Zeitpunkt, in dem ein Geburtsgebrechen als solches erkannt wird, ist unerheblich (Art. 1 Abs. 1 GgV). Die Geburtsgebrechen sind in einer Liste im Anhang zur GgV aufgeführt. Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) kann die Liste jährlich anpassen, sofern die Mehrausgaben einer solchen Anpassung für die Versicherung insgesamt drei Millionen Franken pro Jahr nicht übersteigen (Art. 1 Abs. 2 GgV). Als medizinische Massnahmen, die für die Behandlung eines Geburtsgebrechens notwendig sind, gelten sämtliche Vorkehren, die nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sind und den therapeutischen Erfolg in einfacher und zweckmässiger Weise anstreben (Art. 2 Abs. 3 GgV).

2.1.4 In der Regel besteht nur ein Anspruch auf die dem jeweiligen Eingliederungszweck angemessenen, notwendigen Massnahmen, nicht aber auf die nach den gegebenen Umständen bestmöglichen Vorkehren (BGE 110 V 102). Denn das Gesetz will die Eingliederung lediglich so weit sicherstellen, als diese im Einzelfall notwendig, aber auch genügend ist (BGE 124 V 110 Erw. 2a, mit Hinweisen; AHI 2003 S. 213 Erw. 2.3 und 2002 S. 106 Erw. 2a). Ferner muss der voraussichtliche Erfolg einer Eingliederungsmassnahme in einem vernünftigen Verhältnis zu ihren Kosten stehen. Dies bedeutet, dass eine Eingliederungsmassnahme unter Berücksichtigung der gesamten tatsächlichen und rechtlichen Umstände des Einzelfalles in einem angemessenen Verhältnis zum angestrebten Eingliederungsziel stehen muss. Für die Verhältnismässigkeit im engeren Sinn sind vier Teilaspekte von Bedeutung, nämlich die sachliche, zeitliche, finanzielle und die persönliche Angemessenheit: eine beabsichtigte Massnahme muss prognostisch (BGE 110 V 102) ein bestimmtes Mass an Eingliederungswirksamkeit aufweisen; ferner muss gewährleistet sein, dass der angestrebte Erfolg voraussichtlich von einer gewissen Dauer ist; zudem muss der gewünschte Eingliederungserfolg in einem vernünftigen Verhältnis zu den Kosten der konkreten Eingliederungsmassnahmen stehen und schliesslich muss die konkrete Massnahme der betroffenen Person auch zumutbar sein (BGE 122 V 214 f. Erw. 2c und 79 f. Erw. 3b/bb und cc sowie 108 V 213 Erw. 1d, vgl. auch BGE 131 V 113 f. Erw. 3.4.1, Urteil des EVG vom 19. November 2003 in Sachen J. [I 794/02], mit Hinweisen; Meyer-Blaser, Zum Verhältnismässigkeitsprinzip im staatlichen Leistungsrecht, Diss.

Bern 1985, S. 77 f. und 83 ff.).

Nach der Rechtsprechung gilt eine Behandlungsmethode dann als bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft entsprechend (Art. 2 Abs. 1 Satz 2 IVV), 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), das heisst der wissenschaftlichen Anerkennung (BGE 125 V 28 Erw. 5a am Ende und 123 V 60 Erw. 2b/cc, je mit Hinweisen; AHI 2001 S. 76 f. Erw. 1b, mit Hinweisen; Urteil des EVG vom 11. Dezember 2003 in Sachen B. [I 519/03]).

E. 2.2.1

Vorliegend ist unbestritten und steht fest, dass die Beschwerdeführerin an gesundheitlichen Gebrechen leidet, welche als mittelbare Folge eine Entwöhnung von der bislang unentbehrlichen, jedoch mit zunehmender Dauer das Risiko persistierender Probleme bergenden Sondenernährung erforderlich machte. Die Parteien gehen weiter zu Recht darin einig, dass die Invalidenversicherung für eine hierzulande abgewickelte Sondenentwöhnung im Sinne einer notwendigen, wissenschaftlich anerkannten, einfachen und zweckmässigen Massnahme aufzukommen hätte (Urk. 1 und 6; vgl. Urk. 3/7 = 7/8; vgl. auch Urk. 7/2 = 7/37, 7/3 und 7/14-15).

2.2.2.1 Streitig und zu präzisieren ist hingegen, ob die Invalidenversicherung die Kosten für die von der Beschwerdeführerin in der Zeit vom 13. bis zum 30. September 2004 im Ausland (Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, A-Graz) durchgeführte Sondenentwöhnungsbehandlung als medizinische Massnahme zu übernehmen hat.

Die Beschwerdegegnerin erwog, eine Sondenentwöhnung hätte auch in der Schweiz durchgeführt werden können. Eine medizinische Notfallsituation habe nicht bestanden. Allein die grössere Erfahrung in der ausländischen Klinik und die womöglich geringeren Behandlungskosten stellten keine beachtlichen Gründe für die nachgesuchte Kostenübernahme dar (Urk. 2 S. 2; vgl. Urk. 3/5 = 7/12). Hieran hält sie im Beschwerdeverfahren fest, mit der Erganzung, dass gemäss E-Mail-Schreiben von Dr. med. L. ___ von der Abteilung für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung des Kinderspitals Luzern vom 20. Oktober 2004 (Urk. 3/6 = 7/42) eine adäquate Sondenentwöhnungsbehandlung am Kantonsspital Luzern erfolgreich angeboten werde (Urk. 6).

Die Eltern der Beschwerdeführerin bringen demgegenüber vor, es sei fraglich, ob eine Sondenentwöhnung im Fall eines kleinwüchsigen Kindes mit Silver-Russel-Syndrom und mit seit Geburt fast 2-jähriger Sondenernährung in der Schweiz erfolgreich und binnen natzlicher Frist hätte durchgeführt werden können. Das E-Mail-Schreiben von Dr. L. ___ vom 20. Oktober 2004 (Urk. 3/6 = 7/42) gebe darüber keinen

hinreichenden Aufschluss. Nach gescheiterter PEG-Sonden-Einlage im Kinderspital Zürich habe man mit besonderen Schwierigkeiten rechnen müssen, wozu sich die angegangenen schweizerischen Kinderzentren nicht geussert hätten. Aufgrund der psychosozialen Situation habe man unter Zeitdruck gestanden, wobei ein Zuwarten mit dem Risiko einer weiteren Entwicklungsverzögerung verbunden gewesen wäre. Im Übrigen befinde sich die Rechtsprechung betreffend Gewährung medizinischer Massnahmen im Ausland im Fluss, wie das Urteil des hiesigen Gerichts vom 19. Februar 2004 in Sachen B. (Urk. 3/8 = 7/17) belege (Urk. 1; vgl. Urk. 3/3 = 7/47 und 3/7 = 7/8).

E. 3.1

3.1.1.1 Die Eingliederungsmassnahmen werden in der Schweiz, ausnahmsweise auch im Ausland, gewährt (Art. 9 Abs. 1 IVG).

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

3.1.2.1 Art. 23 bis Abs. 1 IVV begründet 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 geeignete Therapiemöglichkeit angeboten werden, da die Invalidenversicherung nach dem Verhältnismässigkeitsgrundsatz nicht für die bestmögliche Massnahme aufzukommen hat, sondern lediglich für das, was im Einzelfall notwendig, aber auch genügend ist (Urteil des EVG vom 10. Mai 1996 in Sachen L. [I 13/96]). Laut höchstgerichtlicher Praxis 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 Vorzug im Einzelfall genügt 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 und 98 V 213 Erw. 6).

Rechtsprechungsgemäss gehen die Voraussetzungen von Art. 23 bis Abs. 2 IVV in der bis Ende 2000 gültig gewesenen und seither Art. 23 bis Abs. 3 IVV entsprechenden Fassung weniger weit als diejenigen von Art. 23 bis Abs. 1 IVV (BGE 110 V 99). Obgleich diese Norm somit nicht eng auszulegen ist, können beachtliche Gründe indes lediglich solche von erheblichem Gewicht sein, weil sonst nicht nur Art. 23 bis Abs. 1 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 verfährt, für sich allein noch nicht zu einer Anwendung von Art. 23 bis Abs. 2 IVV in der bis Ende 2000 gültig gewesenen beziehungsweise Art. 23 bis Abs. 3 in der heute gültigen Fassung (AHI 1997 S. 298 Erw. 2b). Zu bejahen ist diese Anspruchsgrundlage hingegen, wenn eine besonders seltene Krankheit vorliegt, mit welcher in der Schweiz tüchtige Spezialisten noch kaum konfrontiert wurden und deren Behandlung eine genaue Diagnose erfordert (Urteile des EVG vom 21. Juli 2000 in Sachen A. [I 740/99] und 20. September 1999 in Sachen S. [I 106/99]).

E. 3.2

3.2.1.1 Die medizinische Aktenlage präsentiert sich zusammenfassend wie folgt:

Dr. C. legte im Schreiben vom 20. Juli 2004 (Urk. 3/2 = 7/30) dar, der Zeitpunkt für eine Sondenentwöhnung sei günstig. Das von den Eltern der Beschwerdeführerin in Betracht gezogene aufwendige Verfahren nach Grazer-Konzept werde stationär wie ambulant angeboten. In der Schweiz gebe es zur Zeit keine ähnliche Therapiemöglichkeit zur Sondenentwöhnung.

Der von den Eltern der Beschwerdeführerin angeschriebene Dr. L. beantwortete die Anfrage betreffend Sondenentwöhnung mit E-Mail-Schreiben vom 20. Oktober 2004 (Urk. 3/6 = 7/42) folgendermassen: Eine Sondenentwöhnung bei Säuglingen werde in allen Kinderspitälern der Schweiz durchgeführt. Eine Sondenentwöhnung bei Kleinkindern werde in einzelnen Kliniken durchgeführt, allerdings nicht in gleicher Anzahl wie in A-Graz. Da eine Sondenentwöhnung ein sehr grosses Bedürfnis und eine medizinische Notwendigkeit darstelle, habe sich Dr. L. bemüht, im Kinderspital Luzern ein spezielles Programm und Team aufzubauen. Es seien dort schon mehrere Kinder von der Sonde entwöhnt worden. Über die Dauer einer Sondenentwöhnung könne er nichts sagen, denn diese sei sehr vom Krankheitsbild, vom Alter und von vielen anderen Faktoren abhängig. Jede längerdauernde Hospitalisation sei eine grosse Belastung für ein Kind und dessen Eltern. Beim Sondenentwöhnungsprogramm des Kinderspitals Luzern bemühe man sich darum, die Dauer so kurz wie notwendig zu halten und das familiäre Umfeld zu berücksichtigen.

IV-Arzt Dr. I. vertrat in seiner Stellungnahme vom 6. August 2004 (Urk. 7/16) die Auffassung, die nachgesuchte Auslandbehandlung sei zu übernehmen, da es in der Schweiz offenbar nichts Vergleichbares gebe. IV-Arzt Dr. J. äusserte sich nach Intervention des BSV (Schreiben vom 23. August 2004 [Urk. 7/15] und mündliche Auskunft vom 3. September 2004 [Urk. 7/14]) in der Stellungnahme vom 6. August 2004 (Urk. 7/14) dahingehend, dass es wenig nachvollziehbar sei, dass die Sondenentwöhnung im Fall der Beschwerdeführerin nur in A-Graz stattfinden könne; seines Erachtens sei die Massnahme auch in der Schweiz möglich, jedenfalls werde nicht dargelegt, aus welchen Gründen eine solche Entwöhnung in keinem der ausgewiesenen Kinderzentrumsspitäler der Schweiz möglich sein solle. In der Verlautbarung vom 29. Dezember 2004 (Urk. 7/3) kam Dr. J. wiederum zum Schluss, es sei kaum vorstellbar, dass eine derartige Behandlung nicht in ausreichendem Masse in der Schweiz möglich sei beziehungsweise sein solle, würden diesfalls doch für Einzelfälle gleichsam eklatante Versorgungslücken bestehen, was seiner Ansicht nach mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit nicht zutreffe; es gebe für Spezialfälle fast immer irgendwo auf der Welt ein spezialisiertes Zentrum, was aber keinesfalls bedeutete, dass Betroffene ausschliesslich dort behandelt werden könnten.

3.2.2.2. Bei der in A-Graz durchgeführten Sondenentwöhnung handelt es sich um keine eigentliche Notfallversorgung im Sinne von Art. 23 bis Abs. 2 IVV. Zwar ist von einer unumgänglichen Sondenentwöhnung auszugehen und war der gewählte Zeitpunkt nach ärztlicher Auffassung günstig (vgl. Urk. 3/2 = 7/30), jedoch kann von einer eigentlichen Unaufschiebbarkeit trotz der ins Feld geführten medizinischen (Risiko weiterer Entwicklungsverzögerungen) und psychosozialen (angespannte persönliche und familiäre Situation, psychotherapeutische Behandlung der Eltern, starke Beanspruchung des familiären und nachbarschaftlichen Umfelds) Aspekte (Urk. 1 S. 1 f. Rz. 2) keine Rede sein.

Was eine allfällige Anspruchsgrundlage gemäss Art. 23 bis Abs. 1 oder 3 IVV angeht, lassen die vorhandenen medizinischen Akten keine abschliessende Beurteilung darüber zu, ob in der Schweiz die für die Behandlung des Leidens im Einzelfall notwendige oder geeignete Therapiemöglichkeit angeboten wird beziehungsweise worden wäre oder zumindest beachtliche Gründe für die gewählte Durchführung im Ausland vorliegen respektive vorgelegen haben: Die vorhandenen ärztlichen Meinungsäusserungen nehmen nicht respektive nur unzureichend Bezug auf die spezifische Situation der Beschwerdeführerin und ihrer Angehörigen. Wie aus den vorhandenen Unterlagen hervorgeht, spielen bei einer Sondenentwöhnung bei Kleinkindern nicht allein rein medizinische Anforderungen eine Rolle, sondern fallen daneben insbesondere auch psychosoziale Aspekte im familiären Umfeld ins Gewicht (vgl. insbes. E-Mail-Schreiben von Dr. L. ___ vom 20. Oktober 2004 [Urk. 3/6 = 7/42]; vgl. auch Informationsblatt des Bundesverbands Kleinwüchsige Menschen und ihre Familien e.V., D-Bremen, betreffend Kleinwuchs und Silver-Russel-Syndrom vom Februar 2001 [Urk. 3/9 = 7/30 Beilage] sowie Publikationen von Wilken/Dunitz-Scheer betreffend Ambulante Sondenentwöhnung und Füttertherapie [Konzepte und Methoden] vom März 2001 [Urk. 7/30 Beilage] und Wilken betreffend Sondenentwöhnung in den ersten Lebensjahren vom April 2001 [Urk. 7/39; Auszug]). Die Stellungnahme von Dr. L. ___ (Urk. 3/6 = 7/42) lässt zwar darauf schliessen, dass in der Schweiz Sondenentwöhnungen bei Kleinkindern durchgeführt werden, doch wird darin nicht auf die Frage eingegangen, ob auch einschlägige Erfahrungen mit Silver-Russel-Implikationen bestehen (wogegen Prof. Dr. med. N. ___ in ihrer E-Mail-Antwort zuhanden der Eltern der Beschwerdeführerin vom 16. Juli 2004 [Urk. 3/4 = 7/46] angeführt hat, sie sei mit der entsprechenden Diagnose und Problematik vertraut). Im übrigen scheint der Aufbau eines Sondenentwöhnungsprogramms/-Teams für Kleinkinder im Kinderspital Luzern noch im Aufbau begriffen zu sein und sind dort anscheinend erst vereinzelt Kleinkinder entwöhnt worden. Über die im konkreten Fall der Beschwerdeführerin in Betracht fallenden besonderen Erschwernisse (lange Sondierungsdauer, Silver-Russel-Syndrom) gibt die Stellungnahme von Dr. L. ___ keine Auskunft. Der Behauptung der Eltern der Beschwerdeführerin, wonach man seitens des Kinderspitals Zürich (immerhin eines der schweizerischen Spezialzentren für Kindermedizin) nach der - angeblich trotz gründlicher Abklärungen - gescheiterten PEG-Sonden-Einlage nicht mehr habe weiterhelfen können (Urk. 1 S. 2; vgl. bereits Urk. 3/3 = 7/47, je S. 2), da man dort über keine Erfahrungen mit Kleinkindern verfüge (vgl. Urk. 3/7 = 7/8, je S. 1), ist die Beschwerdegegnerin nicht weiter nachgegangen. Dies, nachdem IV-Arzt Dr. I. ___ die Notwendigkeit einer Auslandbehandlung in A-Graz zunächst für plausibel erachtet hatte (wenngleich ebenfalls ohne nähere Begründung; Urk. 7/16). Zwar vertrat IV-Arzt Dr. J. ___ nachfolgend die Meinung, es

müsse hierzulande eine adäquate medizinische Versorgung möglich (gewesen) sein (Urk. 7/3 und 7/14). Jedoch entbehrt diese auf kritische BSV-Intervention hin (vgl. Urk. 7/14-15) zustande gekommene und gleichsam nach dem Motto, dass "nicht sein kann, was nicht sein darf", begründete Wahrscheinlichkeitsvermutung jeder weiterführenden beweismässigen Grundlage.

E. 4.1

4.1.1.1 Am 1. Juni 2002 ist das Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten (worunter Österreich) 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.

4.1.2.1 Soweit für die Anwendung des FZA Begriffe des Gemeinschaftsrechts herangezogen werden, wird hierfür die einschlägige Rechtsprechung des Gerichtshofs der Europäischen Gemeinschaften (EuGH) vor dem Zeitpunkt der Unterzeichnung berücksichtigt (Art. 16 Abs. 2 FZA). Überdies ist es den schweizerischen Behörden im Allgemeinen nicht verwehrt, die nach dem 21. Juni 1999 als dem Zeitpunkt der Unterzeichnung ergangene EuGH-Rechtsprechung autonom 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. und 119 f. Erw. 5.2, mit Hinweis auf Hailbronner, Freizügigkeit nach EU-Recht und dem bilateralen Abkommen mit der Schweiz über die Freizügigkeit der Personen, in: EuZ 2003, S. 48 ff., S. 52).

4.1.3.1 Die Vertragsstaaten regeln die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, indem sie unter anderem die anwendbaren Rechtsvorschriften in Übereinstimmung mit Anhang II zum FZA bestimmen (Art. 8 FZA). Gemäss Art. 1 Abs. 1 Anhang II zum FZA in Verbindung mit Abschnitt A/1 Anhang II zum 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 (VO Nr. 1408/71), an.

In sachlicher Hinsicht beschließt die VO Nr. 1408/71 unter anderem die Rechtsvorschriften der Vertragsstaaten über "Leistungen bei Krankheit und Mutterschaft" (Art. 4 Abs. 1 Buchst. a VO Nr. 1408/71). Da die Qualifizierung der in Art. 4 Abs. 1 Buchst. a-h VO Nr. 1408/71 aufgezählten Risiken vertragsautonom zu erfolgen hat, kann die Abgrenzung zwischen den einzelnen aufgezählten Risiken von den in den landesrechtlichen Gesetzen enthaltenen Abgrenzungen abweichen (vgl. Imhof, Eine Anleitung zum Gebrauch des Personenfreizügigkeitsabkommens und der Verordnung Nr. 1408/71, in: Mosimann [Hrsg.], Aktuelles im Sozialversicherungsrecht, Zürich 2001, S. 19 ff., S. 32). Praxisgemäss fallen unter den Begriff der "Leistungen bei Krankheit und Mutterschaft" auch chirurgische und medizinische Rehabilitationsmassnahmen der Invalidenversicherungssysteme der Mitgliedstaaten (Urteil des EuGH vom 10. Januar 1980 in der Rechtssache 69/79, Jordens-Vosters, Slg. 1980 S. 75 Rn. 8).

Der persönliche Anwendungsbereich der VO Nr. 1408/71 erstreckt sich grundsätzlich auf 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 auf deren Familienangehörige und Hinterbliebene (Art. 2 Abs. 1 VO Nr. 1408/71). Ausnahmsweise wird der Anwendungsbereich auf alle Personen, die Staatsangehörige eines Mitgliedstaats und nach den Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats versichert sind, und die bei ihnen wohnenden Familienangehörigen ausgedehnt (Art. 22a VO Nr. 1408/71 in Verbindung mit Art. 22 Abs. 1 Buchst. a und c VO Nr. 1408/71; vgl. zu den Begriffen "Arbeitnehmer" und "Selbständiger" Art. 1 Buchst. a VO Nr. 1408/71 und zum Begriff "Familienangehöriger" Art. 1 Buchst. f VO Nr. 1408/71).

4.1.4 Art. 22 VO Nr. 1408/71 regelt unter anderem den Fall der "Notwendigkeit, sich zwecks angemessener Behandlung in einen anderen Mitgliedstaat zu begeben". Demnach 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 so, als ob er bei diesem versichert wäre; die Dauer der Leistungsgewährung richtet sich jedoch nach den Rechtsvorschriften des zuständigen Staates (Art. 22 Abs. 1 Buchst. c lit. i VO Nr. 1408/71). 'Zuständiger Träger' ist unter anderem jener Träger, bei dem die in Betracht kommende Person im Zeitpunkt des Antrags auf Leistungen versichert ist (Art. 1 Buchst. o lit. i VO Nr. 1408/71). 'Träger des Wohnorts' oder 'Träger des Aufenthaltsorts' ist primär 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 sich aufhält oder wohnt (Art. 1 Buchst. p VO Nr. 1408/71; vgl. zu den Begriffen "Wohnort" und "Aufenthalt" Art. 1 Buchst. h und i VO Nr. 1408/71, wonach als Wohnort der Ort des gewöhnlichen Aufenthalts und als Aufenthalt der vorübergehende Aufenthalt zu verstehen ist). Art. 22 Abs. 2 Unterabs. 2 in Verbindung mit Abs. 1 Buchst. c lit. i VO Nr. 1408/71 findet entsprechend auch auf Familienangehörige eines Arbeitnehmers oder Selbständigen Anwendung (Art. 22 Abs. 3 VO Nr. 1408/71).

Die nach Art. 22 Abs. 1 Buchst. c erforderliche Genehmigung darf 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 (Art. 22 Abs. 2 Unterabs. 2 VO Nr. 1408/71). Dabei muss sich das System der vorherigen Genehmigung praxisgemäß auf eine leicht zugängliche Verfahrensregelung stützen, der Entscheidung über den Antrag binnen angemessener Frist erfolgen und ein ablehnender Entscheid gerichtlich anfechtbar sein (Urteil des EuGH vom 23. Oktober 2003 in der Rechtssache C-56/01, Inzian, Slg. 2003 S. I-2403 Rn. 48).

Art. 36 VO Nr. 1408/71 reglementiert die "Erstattung zwischen den Trägern". Danach sind die Aufwendungen für Sachleistungen, die aufgrund des Kapitels I "Krankheit und Mutterschaft" (Art. 18-36 VO Nr. 1408/71) vom Träger eines Mitgliedstaats für Rechnung des Trägers eines anderen Mitgliedstaats gewährt worden sind, in voller Höhe zu erstatten (Art. 36 Abs. 1 VO Nr. 1408/71). Wird nachträglich in einem gerichtlichen Verfahren oder durch die Verwaltung selber festgestellt, dass ein Antrag gemäss Art. 22 Abs. 1 Buchst. c VO 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 Aufenthalts- oder Wohnorts nach dem für diesen geltenden Tarifrecht zu erstatten gehabt hätte, wenn die Genehmigung von Anfang an ordnungsgemäss erteilt worden wäre (Urteil des EuGH vom 12. Juli 2001 in der Rechtssache C-368/98, Vanbrackel, Slg. 2001 S. I-5363 Rn. 34). Gemäss jüngerer EuGH-Praxis wird eine direkte Erstattung durch den zuständigen Träger an die vorleistende versicherte Person unter bestimmten Voraussetzungen als zulässig erachtet (Urteil des EuGH vom 14. Oktober 2004 in der Rechtssache C-193/03, Betriebskrankenkasse der Bosch GmbH, Slg. 2004 S. I-09911).

Im Verfahren nach Art. 22 VO Nr. 1408/71 wird die versicherte Person gegenüber dem Träger des Aufenthaltsstaates sogenannte leistungsaushilfeberechtigt, was eine administrative Zusammenarbeit zwischen dem zuständigen Träger des Versicherungsstaates und dem aushelfenden Träger des Aufnahmestaates auf der Grundlage des sogenannten E 112-Verfahrens erforderlich macht. Der zuständige Träger hat schliesslich dem aushelfenden Träger die Behandlung nach den Tarifsätzen des Aufenthaltsstaats im Verfahren nach Art. 36 VO Nr. 1408/71 und den zugehörigen Bestimmungen der Durchführungsverordnung Nr. 574/72 zur VO Nr. 1408/71 zu erstatten (Urteil des EuGH vom 23. Oktober 2003 in der Rechtssache C-56/01, Inzian, Slg. 2003 S. I-2403 Rn. 19 f. und Rn. 24). Mithin wird die versicherte Person im Rahmen der Leistungsaushilfe nach Art. 22 VO Nr. 1408/71 temporär in das Versicherungssystem des Aufnahmestaates eingliedert und erhält die in dessen Leistungskatalog vorgesehenen Leistungen nach den dortigen gesetzlichen Voraussetzungen; anschliessend erfolgt eine Abrechnung über die erbrachten Leistungen zwischen dem aushelfenden Träger des Aufenthaltsstaats und dem zuständigen Träger des Versicherungsstaats nach den Sätzen und Tarifen des behandelnden Staats. Dabei hat die versicherte Person die Kosten gemäss den Beteiligungsregeln in den Rechtsvorschriften des aushelfenden Staats zu tragen (vgl. zum Verfahren der Leistungsaushilfe: Meyer, Auslandsleistungen nach KVG und im Bereich der Bilateralen Abkommen, in: Brunner/Rehbinder/Stauder [Hrsg.], Jahrbuch des Schweizerischen Konsumentenrechts 2003, Bern 2004, S. 67 ff., S. 84 ff.; Locher, Auswirkungen des Freizigigkeitsabkommens auf das schweizerische Sozialversicherungsrecht, in: Cottier/Oesch [Hrsg.], Die sektoriellen Abkommen Schweiz-EG, Bern 2002, S. 39 ff., S. 67 f.).

4.1.5 Die heute gültige Fassung von Art. 22 Abs. 2 Unterabs. 2 VO 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 (Urteile des EuGH vom 16. März 1978 und 31. Mai 1979 in den Rechtssachen 117/77 und 182/78, Pierik, Slg. 1978 S. 825 und 1979 S. 1977) zur alten Fassung von Art. 22 Abs. 2 Unterabs. 2 VO 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 Schulte/Zacher, Das Sozialrecht in der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs, in: Wannagat [Hrsg.], Jahrbuch des Sozialrechts der Gegenwart 1980, S. 359 ff., S. 271; Haverkate/Huster, Europäisches Sozialrecht, Eine Einführung, Baden-Baden 1999, Rn. 173; Eichenhofer, Sozialrecht der Europäischen Union, 2. Aufl., Berlin 2003, Rn. 174 ff.).

Art. 22 Abs. 2 Unterabs. 2 VO Nr. 1408/71 enthält zwei kumulativ zu erfüllende Leistungsbedingungen. Die erste Bedingung 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. Die zweite Bedingung verlangt, dass der Patient die Behandlung im EU-Ausland in Anbetracht seines derzeitigen Gesundheitszustands und des voraussichtlichen Verlaufs der Krankheit nicht in einem Zeitraum erhalten kann, der in Wohnmitgliedstaat normalerweise erforderlich ist. Diese Bedingung ist dann erfüllt, wenn die gleiche oder eine für den Patienten ebenso wirksame Behandlung nicht 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 (Urteil des EuGH vom 23. Oktober 2003 in der Rechtssache C-56/01, Inzian, Slg. 2003 S. I-2403 Rn. 41 f. und 44 ff.). Art. 22 Abs. 2 Unterabs. 2 VO Nr. 1408/71 zwingt einen Mitgliedstaat zwar nicht, die Liste der in seinem Krankenversicherungssystem erfassten Leistungen zu erweitern, denn die unterschiedliche Deckung durch die nationalen Krankenversicherungssysteme ist eine Folge der Freiheit, über welche die Mitgliedstaaten bei der Ausgestaltung ihrer Systeme der sozialen Sicherheit verfügen (Schlussanträge vom 21. Januar 2003 von Generalanwalt Colomer in der Rechtssache C-56/01, Inzian, Rn. 41 und 45). Indessen ist eine Auslandbehandlung nicht erst dann als gerechtfertigt anzusehen, wenn eine geplante Heilkur wegen wesentlich größerer Erfolgsaussichten im Ausland zwingend notwendig ist (vgl. Urteil des EuGH vom 18. März 2004 in der Rechtssache C-8/02, Leichtle, Slg. 2004, I-2641, Rn. 30 ff., Rn. 55).

E. 4.2

4.2.1.1 Die vorliegend strittige, im EU-Mitgliedstaat Österreich erbrachte medizinische Dienstleistung (Sondenentwöhnungstherapie) fällt unter den Begriff der "Leistungen bei Krankheit und Mutterschaft" nach Art. 4 Abs. 1 lit. a der VO Nr. 1408/71 und folglich unter die für diese Leistungen geltenden besonderen Koordinationsregeln gemäss Art. 18-36 VO Nr. 1408/71.

Alsdann ist die Beschwerdeführerin schweizerische Staatsangehörige (Urk. 7/62 sowie 7/63 und 7/64, je S. 1 Ziff. 1.5) und wird in persönlicher Hinsicht aufgrund der Sonderregelung gemäss Art. 22a VO Nr. 1408/71 von Art. 22 Abs. 2 Unterabs. 2 VO 1408/71 in Verbindung mit Art. 22 Abs. 1 Buchst. c lit. i VO Nr. 1408/71 begünstigt.

4.2.2.1 Wendet man die Grundsätze der EuGH-Rechtsprechung (Urteil vom 23. Oktober 2003 in der Rechtssache C-56/01, Inzian, Slg. 2003 S. I-2403 bzw. 18. März 2004 in der Rechtssache C-8/02, Leichtle, Slg. 2004, I-2641) auf den vorliegenden Fall an, ist zunächst als erstellt anzunehmen, dass die in Frage stehende Behandlung (Sondenentwöhnungstherapie) zu den einschlägigen schweizerischen Leistungen

gehört (vgl. Urk. 7/45). Ob die Beschwerdeführerin in Anbetracht ihres seinerzeitigen Gesundheitszustands und des voraussichtlichen Verlaufs der Krankheit eine angemessene und zumutbare Sondenentwöhnungsbehandlung in der Schweiz im erforderlichen Zeitraum hätte erhalten können, lässt sich nun aber nach dem oben Gesagten (Erw. 3.2) nicht beantworten und bedarf aus den bereits angeführten Gründen der weiteren Abklärung. Soweit Art. 22 Abs. 2 Unterabs. 2 in Verbindung mit Art. 22 Abs. 1 Buchst. c lit. i VO Nr. 1408/71 überhaupt substantiell über Art. 9 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 23 bis IVV hinausgeht, begründet die FZA-Normenlage nach dem derzeitigen Aktenstand noch keinen ausgewiesenen Leistungsanspruch.

Was das von der Beschwerdeführerin ins Feld geführte Urteil des hiesigen Gerichts vom 19. Februar 2004 in Sachen B. angeht (Proz.-Nr. IV.2003.00221; Urk. 3/8 = 7/17), ist zu beachten, dass vorliegend im Unterschied zur dortigen Konstellation nicht rein ambulant, sondern grösstenteils stationär erbrachte Massnahmen zur Disposition stehen (Urk. 3/7 = 7/8, je S. 3). Unter diesen Umständen erscheint es sachgerecht, die Genehmigung beziehungsweise Übernahme der Auslandsbehandlung im vorstehend umschriebenen Sinne davon abhängig zu machen, ob der Beschwerdeführerin - was sich anhand der derzeitigen Aktenlage nicht beurteilen lässt - eine angemessene und zumutbare Behandlung in der Schweiz hätte zuteil werden können.

E. 5

Zusammengefasst führt dies zur Gutheissung der Beschwerde in dem Sinne, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 26. Januar 2005 aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der vorstehenden Erwägungen (Erw. 3-4), über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin - unter Mitberücksichtigung der einschlägigen FZA-Normenlage - neu verfähre.

E. 6

6.1 Das Beschwerdeverfahren ist - da von Bundesrechts wegen so vorgeschrieben (Art. 61 lit. a ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 IVG und Art. 69 IVG) - kostenlos (§ 33 Abs. 1 GSVGer).

6.2 Zwar würde der Prozessausgang grundsätzlich die Zusprechung einer Entschädigung nach sich ziehen (Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 GSVGer; Urteil des EVG vom 10. Februar 2004 in Sachen K. [U 199/02] Erw. 6, mit Hinweis auf BGE 110 V 57 Erw. 3a und SVR 1999 IV Nr. 10 S. 28 Erw. 3). Da der Arbeitsaufwand und die Umtriebe der allein durch ihre Eltern gesetzlich vertretenen Beschwerdeführerin im vorliegenden Verfahren jedoch noch nicht den Rahmen dessen überschritten, was der Einzelne zumutbarerweise nebenbei zur Besorgung persönlicher Angelegenheiten auf sich zu nehmen hat, ist praxisgemäss von einer Entschädigung abzusehen (BGE 110 V 134 f. Erw. 4d).

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 26. Januar 2005 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin neu verfähre.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- [...]

- SVA, IV-Stelle

- BSV

- Krankenkasse K. _____

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 3-facher 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 des Bundesgesetzes über die Organisation der Bundesrechtspflege [Bundesrechtspflegegesetz/OG] in Verbindung mit Art. 106 OG und Art. 108 OG).

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