

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01131 vom 27. November 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-11-27, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.01131](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.01131)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01131 du 27 novembre 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01131 del 27 novembre 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Am 23. Dezember 2016 meldete A.\_\_\_\_, geboren 1980, ihre beiden Kinder, B.\_\_\_\_ und C.\_\_\_\_, beide geboren am 4. November 2016 in Frankreich, bei der Invalidenversicherung zum Bezug von medizinischen Massnahmen in Frankreich (Urk. 6/1 und Urk. 6/1 in Prozess Nr. IV.2017.01303) an, worauf die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, nach Erlass des Vorbescheids (Urk. 6/13) mit Verfügungen vom 3. Oktober 2017 die Ansprüche von B.\_\_\_\_

(Urk. 6/14 = Urk. 2) sowie von C.\_\_\_\_

(Urk.

### **E. 1.1**

Schweizerische und ausländische Staatsangehörige sowie Staatenlose haben gemäss Art.

### **E. 1.2**

Gemäss Art.

### **E. 2**

und Urk. 2 in Prozess Nr. IV.2017.01303) erhob der Krankenversicherer von A.\_\_\_\_, B.\_\_\_\_ und C.\_\_\_\_, die SWICA Krankenversicherung AG (Urk. 13/2-4), mit Eingabe vom 18. Dezember 2017 (Urk. 1 und Urk. 1 in Prozess Nr. IV.2017.01303) Beschwerde n und beantragte, es sei die IV-Stelle zu verpflichten, die Kosten der Behandlungen von B.\_\_\_\_ und C.\_\_\_\_ im Ausland zu übernehmen (Urk. 1 S. 2 und Urk. 1 S. 2 in Prozess Nr. IV.2017.01303).

Mit Beschwerdeantworten vom 27. November 2017 (Urk. 5 und Urk. 5 in Prozess Nr. IV.2017.01303) beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerden sowie in prozessualer Hinsicht die Trennung der beiden Beschwerdeverfahren.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung vom 3. Oktober 2017 (Urk. 2) davon aus, dass aus medizinischer Sicht auf Grund einer Risiko schwangerschaft der Mutter des Versicherten ein Spitalaufenthalt für die Geburt des Versicherten indiziert gewesen sei, dass jedoch ein Spitalaufenthalt im Ausland aus medizinischen Gründen nicht erforderlich gewesen sei. Da die Geburt des Versicherten auf Grund besonderer familiärer Strukturen nach Frankreich verlegt worden sei, seien auch andere beachtliche Gründe für die Durchführung der medizinischen Eingliederungsmassnahmen im Ausland nicht gegeben.

## E. 2.2

Die Beschwerdeführerin bringt hiegegen vor, dass sich die Mutter des Versicherten nicht für eine geplante Geburt mittels Kaiserschnitt, sondern lediglich für eine Kontrolluntersuchung ins Ausland begeben habe. Anlässlich dieser Kontrolluntersuchung sei entschieden worden, die Geburt mittels Kaiserschnitt sofort einzu leiten. Des Weiteren sei das Geburtsgebrechen des Versicherten unvorhergesehen gewesen und der Versicherte hätte nach der Geburt nicht sogleich in die Schweiz transportiert werden können. Da die Geburt notfallmässig und früher als geplant durchgeführt werden müssen, sei das Geburtsgebrechen des Versicherten unvermittelt im Ausland aufgetreten und es seien unmittelbar nach der Geburt des Versicherten medizinische Eingliederungsmassnahmen erforderlich gewesen, weshalb es sich dabei um einen Notfall gehandelt habe (Urk. 1 S. 4).

### 3. 3.1

Vorerst gilt es zu prüfen, ob B.\_\_\_\_\_

zum Zeitpunkt seiner Geburt und während der anschliessenden medizinischen Behandlungen im Ausland für medizinische Eingliederungsmassnahmen der schweizerischen Invalidenversicherung unterstellt war. Dabei gilt es vorweg, das anwendbare Recht sowie die Frage, ob der Versicherte

zum Zeitpunkt seiner Geburt am 4. November 2016 beziehungsweise während der anschliessenden im Ausland durchgeführten medizinischen Behandlung in der Schweiz Wohnsitz hatte, zu prüfen. 3.2

Am 1. Juni 2002 ist das Abkommen vom 21. Juni

1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (Freizügigkeitsabkommen; FZA) in Kraft getreten. Nach Art. 1 Abs. 1 des auf der Grundlage des Art. 8 des FZA ausgearbeiteten und Bestandteil des Abkommens bildenden (Art. 15 FZA) Anhangs II (Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit) FZA in Verbindung mit Abschnitt A dieses Anhangs wenden die Vertragsparteien unter einander insbesondere die VO 883/2004 und die Verordnung (EG) Nr. 987/2009 (VO 987/2009) des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der VO 883/2004 oder gleichwertige Vorschriften an. Die beiden genannten gemeinschaftsrechtlichen Verordnungen sind für die Schweiz durch den Beschluss Nr. 1/2012 des Gemischten Ausschusses vom 31. März 2012 zur Ersetzung des Anhangs II des Abkommens über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit per 1. April 2012 in Kraft getreten (AS 2012 2345; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_455/2011 vom 4. Mai 2012 E. 2.1). 3.3

In zeitlicher Hinsicht sind das FZA und die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen VO 883/2004, welche die VO 1408/71 ersetzt hat, sowie die VO 987/2009, welche die Verordnung (EWG) Nr. 574/72 des Rates vom 21. März 1972 über die Durchführung der VO 1408/71 (VO 574/72) ersetzt hat, anzuwenden, da vorliegend die Frage nach der Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die Zeit ab der Geburt des Versicherten am 4. November 2016 (Urk. 6/1) und daher für einen Zeitraum nach Inkrafttreten des FZA und der VO 883/2004 sowie der VO 987/2009 im Streit steht (vgl. die Übergangsbestimmungen von Art. 87 VO 883/2004 und Urteil des Bundesgerichts 9C\_651/2012 vom 15. Mai 2013 E. 5. 1.2). 3.4

In persönlicher Hinsicht sind das FZA und die VO 883/2004 anwendbar, da der Versicherte Staatsangehöriger der Bundesrepublik Deutschland (Urk. 6/7/3) und damit Staatsangehöriger eines Mitgliedstaates ist, für welchen die Rechtsvorschriften eines oder mehrerer Mitgliedstaaten im Sinne von Art. 2 Abs. 1 der VO 883/2004 gelten. 3.5

### 3.5.1

In Bezug auf die sachliche Anwendbarkeit

der VO 883/2004 gilt es zu beachten, dass die medizinischen Massnahmen nach Art.

## **E. 6**

des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Anspruch auf Leistungen gemäss den nachstehenden Bestimmungen. Art. 39 bleibt vorbehalten (Abs. 1). Ausländische Staatsangehörige sind, vorbehältlich Artikel 9 Absatz 3, nur anspruchsberechtigt, solange sie ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) in der Schweiz haben und sofern sie bei Eintritt der Invalidität während mindestens eines vollen Jahres Beiträge geleistet oder sich ununterbrochen während zehn Jahren in der Schweiz aufgehalten haben. Für im Ausland wohnhafte Angehörige dieser Personen werden keine Leistungen gewährt (Abs. 2). Bei Personen, die mehrere sich ablösende Staatsangehörigkeiten besessen haben, ist für die Leistungsberechtigung die Staatsangehörigkeit während des Leistungsbezugs massgebend (Abs. 3).

### **E. 6.2**

In Anbetracht der gesamten Umstände ist daher nicht daran zu zweifeln, dass sich der Versicherte und seine Mutter lediglich vorübergehend,

um Leistungen der Heilbehandlung in Anspruch zu nehmen, in Frankreich aufgehalten haben, und dass sich der Mittelpunkt der Lebensführung, die persönlichen Lebensumstände der Mutter des Versicherten sowie des sich in ihrer tatsächlichen Obhut befindenden Versicherten vom Zeitpunkt seiner Geburt bis 31. August 2017 in der Schweiz befanden. Es ist daher mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass sich in diesem Zeitraum der Wohnort beziehungsweise der Ort des gewöhnlichen Aufenthalts des Versicherten im Sinne von Art. 1 lit. j VO 883/2004 in der Schweiz befand. 7.7.1

Da sowohl der Vater als auch die Mutter des Versicherten zum Zeitpunkt seiner Geburt in je einem anderen Vertragsstaat je eine Beschäftigung ausübten, beurteilt sich die Frage nach dem anwendbaren Recht nach Art. 32 der VO 883/2004 (vgl. vorstehend E. 3.12). 7.2

Am 1. Januar 2016 wurde in Frankreich der neue allgemeine Krankenschutz (protection universelle maladie, PUMA) eingeführt ([www.ameli.fr/assure/droits-de-marches/europe-international/protection-sociale-france](http://www.ameli.fr/assure/droits-de-marches/europe-international/protection-sociale-france)). Durch die Einführung der PUMA am 1. Januar 2016 fiel zwar der Status des leistungsberechtigten Familienmitglieds für alle volljährigen Personen weg, minderjährige Familienangehörige behielten den Status der leistungsberechtigten Person indes bei ([www.cleiss.fr/docs/regimes/regime\\_france](http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_france)

). Demzufolge war der Versicherte bei seiner Geburt in Frankreich durch seinen in Frankreich wohnhaften Vater bei dessen Krankenversicherung grundsätzlich mitversichert. Dabei handelte es sich um einen abgeleiteten Anspruch, welcher gemäss Art. 32 Abs. 1 VO 883/2004 gegenüber einem eigenständigen Sachleistungsanspruch nachrangig war. 7.3

Da es sich bei der französischen allgemeinen Krankenversicherung PUMA nicht um ein Einwohnersystem beziehungsweise um ein solches auf Grundlage der reinen Begründung des Wohnsitzes ,

sondern um ein System der Krankenversicherung handelt, bei welchem der Anspruch auf Sachleistungen vom Bestehen einer Versicherung und/oder einer Beschäftigung oder einer selbständigen Erwerbstätigkeit abhängt ( [www.cleiss.fr/docs/re](http://www.cleiss.fr/docs/re)

gimes/re

gime\_fran

ce

), ist Art. 32 Abs. 2 VO 883/2004 vorliegend nicht anwendbar. 7. 4

Demgegenüber handelt es sich beim Anspruch auf medizinische Massnahmen bei Geburtsgebrechen gemäss den Rechtsvorschriften der Schweiz ( Art. 1b in Verbindung mit Art. 13 Abs. 1 IVG) um einen eigenständigen Anspruch. Laut Art.

32 Abs. 1 VO 883/2004 hat

ein (eigenständiger) Anspruch gemäss den Rechtsvorschriften der Schweiz , wenn ein solcher ausgewiesen ist, Vorrang vor einem (abgeleiteten) Anspruch gemäss dem französischen Recht . Dies gilt es im Folgenden zu prüfen. 7. 5

7. 5 .1

Da der Versicherte zum Zeitpunkt seiner Geburt Wohnsitz in der Schweiz hatte (vorstehend E. 6. 2 ), gehörte er gemäss Art. 1b IVG in Verbindung mit Art. 1a Abs.

1 lit . a AHVG seit seiner Geburt zum Kreis der versicherten Personen der Invalidenversicherung und war seit diesem Zeitpunkt der obligatorischen Versicherung unterstellt. 7. 5 .2

Gemäss Art. 2 FZA dürfen die Staatsangehörigen einer Vertragspartei, die sich rechtmässig im Hoheitsgebiet einer anderen Vertragspartei aufhalten, bei der Anwendung dieses Abkommens gemäss den Anhängen I, II und III nicht aufgrund ihrer Staatsangehörigkeit diskriminiert werden . In Art. 4 der VO 883/2004 ist sodann geregelt, dass Personen, für die diese Verordnung gilt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates, so fern in dieser Verordnung nichts Anderes bestimmt ist . 7. 5 .3

Gemäss der Rechtsprechung (BGE 133 V 320 E. 5.7 zu Art. 3 der bis 31. März 2012 in Kraft gewesenen VO 1408/71) ist, wenn die Voraussetzungen des persönlichen und sachlichen Geltungsbereichs der VO 883/2004 gegeben sind , auf Grund von Art. 4 der VO 883/2004 eine auf die Staatsangehörigkeit abstellende Ungleichbehandlung unzulässig, weshalb sich

der Anspruch auf medizinische Massnahmen bei Geburtsgebrechen gemäss den für schweizerische Staatsangehörige und nicht gemäss den für ausländische Staatsangehörige geltenden gesetzlichen Vorschriften bemisst . 7. 5 .4

Da beim Versicherten die Voraussetzungen des persönlichen und sachlichen Geltungsbereichs der VO 883/2004 erfüllt sind (vorstehend E. 3.4 und E. 3.5.2 ), ist eine auf die Staatsangehörigkeit (Deutschland; Urk. 6/1/2) abstellende Ungleichbehandlung des

Versicherten gemäss Art. 4 der VO 883/2004 unzulässig. Bei der Prüfung der versicherungsmässigen Voraussetzungen für den Anspruch auf medizinische Eingliederungsmassnahmen ist vorliegend daher nicht nach Art.

6 Abs. 2 in Verbindung mit Art. 9 Abs.

3 IVG,

sondern nach Art. 6 Abs. 1 IVG vorzugehen.

Weil schweizerische Staatsangehörige in der Lage des Versicherten die versicherungsmässigen Voraussetzungen für medizinische Massnahmen bei Geburtsgebrechen erfüllen, muss dasselbe auch für den Versicherten gelten. 7. 6

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 der Verordnung über Geburtsgebrechen, GgV ). Die blosser 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 der Liste im Anhang aufgeführt. Das Eidgenössische Departement des Innern 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 ). 7. 7

Die Geburtsgebrechen sind in einer Liste im Anhang der GgV aufgeführt ( Art. 1 Abs. 2 Satz 1 GgV ). Wird die Behandlung eines Geburtsgebrechens nur übernommen, weil eine im Anhang festgelegte Therapie notwendig ist, so beginnt der Anspruch mit der Einleitung dieser Massnahme; er umfasst alle medizinischen Massnahmen, die in der Folge zur Behandlung des Geburtsgebrechens notwendig sind ( Art. 2 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 ). 7. 8

In der Liste im Anhang der GgV sind zahlreiche Gebrechen aufgeführt, bei denen ein Leistungsanspruch davon abhängt, ob eine Operation oder eine andere näher umschriebene Behandlung notwendig ist. Diese Kriterien dienen der Umschreibung eines bestimmten Schweregrades, indem nur bei einer bestimmten Behandlungsform ein zu Lasten der Invalidenversicherung gehendes Geburtsgebrechen vorliegt (BGE 142 V 58 E. 3.1). Um ein solches Geburtsgebrechen handelt es sich bei der Ziff. 497 der Liste des Anhangs der GgV.

Vom Geburtsgebrechen der Ziff. 494

erfasst werden Neugeborene mit einem Geburtsgewicht unter 2000 Gramm bis zur Erreichung eines Gewichtes von 3000 Gramm.

Beim Geburtsgebrehen der Ziff. 497 handelt es sich um schwere respiratorische Adaptationsstörungen (wie Asphyxie, Atemnotsyndrom, Apnoen), sofern sie in den ersten 72 Lebensstunden manifest werden und eine Intensivbehandlung begonnen werden muss. 7. 9

In Art. 14 Abs. 1 IVG wird der Umfang der medizinischen Massnahmen geregelt. Diese umfassen die Behandlung, die vom Arzt selbst oder auf seine Anordnung durch medizinische Hilfspersonen in Anstalts- oder Hauspflege vorgenommen wird, mit Ausnahme von logopädischen und psychomotorischen Therapien ( lit . a) und die Abgabe der vom Arzt verordneten Arzneien ( lit . b). Gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung hat die versicherte Person überdies, wenn die ärztliche Behandlung in einer Kranken- oder Kuranstalt erfolgt, Anspruch auf Unterkunft und Verpflegung in der allgemeinen Abteilung. Begibt sie sich in eine andere Abteilung, obwohl die Massnahme in der allgemeinen Abteilung durchgeführt werden könnte, so hat sie Anspruch auf Ersatz der Kosten, die der Versicherung bei Behandlung in der allgemeinen Abteilung entstanden wären. 7 . 10

Art. 14 bis IVG bestimmt, dass die Kostenvergütung für stationäre Behandlungen im Sinne von Art. 14 Abs. 1 und 2 IVG, die in einem nach Art. 39 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) zugelassenen Spital erbracht werden, im Umfang von 80 % durch die Versicherung und im Umfang von 20 % durch den Wohnkanton der versicherten Person geleistet wird , wobei der Wohnkanton seinen Anteil direkt dem Spital zu entrichten hat. 7. 11

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

## **E. 9**

### **IVG**

entsteht der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen frühestens mit der Unterstellung unter die obligatorische oder die freiwillige Versicherung und endet spätestens mit dem Ende der Versicherung ( Abs. 1 bis ).

Gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung haben Personen, die der Versicherung nicht oder nicht mehr unterstellt sind, höchstens bis zum 20. Altersjahr Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, sofern mindestens ein Elternteil freiwillig versichert ist ( lit . a); oder während einer Erwerbstätigkeit im Ausland nach Art. 1a Abs. 1 lit . c des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG) oder nach Art. 1a Abs. 3 lit . a AHVG oder auf Grund einer zwischenstaatlichen Vereinbarung obligatorisch versichert ist ( lit . b).

Gemäss Abs. 3 dieser Bestimmung haben ausländische Staatsangehörige mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt ( Art.

### **E. 9.1**

Gestützt auf die erwähnten medizinischen Akten, insbesondere den Bericht der Ärzte des Spitals F.\_\_\_\_ vom 28. November 2016 (vorstehend E. 8.1 ) ,

steht daher fest, dass der Versicherte bei der Geburt am 4. November 2016 ein Gewicht von 1696 Gramm und bei Spitalaustritt am 21. November 2016 ein solches von 1700 Gramm aufgewiesen hat. Da das Geburtsgewicht unter 2000 Gramm zu liegen kam, sind daher die Voraussetzungen des Geburtsgebrechens der Ziff. 494 der Liste des Anhangs zur GgV bis zur Erreichung eines Gewichtes von 3000 Gramm erfüllt.

### **E. 9.2**

Des Weiteren steht gemäss der medizinischen Aktenlage fest, dass der Versicherte nach der Geburt bis zum Spitalaustritt am 21. November 2016 mittels künstlicher Beatmung und atemstimulierende r Medikation behandelt wurde. Gestützt auf die nachvollziehbare Beurteilung durch Dr. G. \_\_\_ vom 13. April 2017 (vorstehend E. 8.3) ist daher davon auszugehen, dass der Versicherte unmittelbar nach der Geburt unter einer schweren respiratorischen Adaptationsstörung litt, welche eine Intensivbehandlung erforderte. Demzufolge steht fest, dass die Voraussetzungen des Geburtsgebrechens der Ziff. 497 für die Zeit seit der Geburt vom 4. November 2016 bis zum Spitalaustritt am 21. November 2016 erfüllt waren.

### **E. 9.3**

Vorliegend ist unbestritten (Urk. 1), dass die für die Behandlung der Geburtsgebrechens der Ziff. 494 und 497 der Liste des Anhangs zur GgV erforderlichen medizinischen Eingliederungsmassnahmen

auch in der Schweiz hätten durchgeführt werden können. Zu prüfen ist indes, ob die medizinischen Massnahmen gemäss Art.

#### **E. 9.4.1**

Gemäss der auch bei der Auslegung von Art.

#### **E. 9.4.2**

Gemäss der Rechtsprechung liegt ein Notfall im Sinne von Art. 36 Abs. 2 KVV vor, wenn die versicherte Person bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt einer unaufschiebbaren medizinischen Hilfe bedarf und eine Rückreise in die Schweiz nicht möglich oder angemessen ist (BGE 126 V 484 E. 4).

Die Angemessenheit der Rückreise beurteilt sich nach den gesamten Umständen des einzelnen Falles. Dazu gehören die medizinische Zumutbarkeit der Rückreise, die Kosten der Rückreise im Verhältnis zu den Behandlungskosten, aber auch die Prüfung, ob die Behandlung in der Schweiz möglich gewesen wäre oder ob die Rückkehr eine Verzögerung der Behandlung und dadurch eine Verschlechterung des Gesundheitszustands nach sich gezogen hätte (Urteile des Bundessgerichts 9C\_1009/2010 vom 29. Juli 2011 E. 2.3; 9C\_35/2010 vom 28. Mai 2010 E. 3-5).

#### **E. 9.4.3**

Dem Bericht der Ärzte des Spitals F. \_\_\_ vom 28. November 2016 (vorstehend E. 8.1) ist zu entnehmen, dass die Niederkunft vom 4. November 2016 geplant war (Accouchement par césarienne

programmée). Damit übereinstimmend ist dem sich bei den Akten befindenden Mail der H. \_\_\_ AG an die Beschwerdeführerin vom 27. September 2016 (Urk. 10/1) zu entnehmen, dass die Niederkunft am 4. November 2016 geplant war.

#### **E. 9.4.4**

Gemäss der Aktenlage steht daher fest, dass es sich bei der Niederkunft mittels Kaiserschnitt vom 4. November 2016 um eine geplante Behandlung im Ausland handelte. Vor der Geburt des Versicherten stand indes nicht fest und es war nicht vorherzusehen, dass der Versicherte bei der Geburt lediglich ein Gewicht von 1696 Gramm aufweisen, und dass er nach der Geburt unter einer schweren respiratorischen Adaptationsstörung leiden würde, welche eine stationäre Intensivbehandlung mit künstlicher Beatmung und atemstimulierender Medikation erfordert. Bei der stationären Behandlung des Versicherten vom 4.

November 2016 bis 21. November 2016 handelte es sich daher nicht um eine geplante Behandlung. Vielmehr bedurfte der Versicherte nach seiner Geburt in Frankreich unvermittelt einer unaufschiebbaren medizinischen Behandlung.

#### **E. 9.4.5**

Die beteiligten Ärzte nahmen nicht ausdrücklich zur Frage nach der Reisefähigkeit des Versicherten beziehungsweise zur Frage, ob beziehungsweise ab welchem Zeitpunkt eine Reise des Versicherten in die Schweiz möglich oder angemessen war, Stellung. Auf Grund des Umstandes, dass der Versicherte bei Geburt lediglich ein Gewicht von 1696 Gramm und bei Spitalaustritt am 21.

November 2016 ein solches von 1700 Gramm aufwies, sowie auf Grund des Umstandes, dass der Versicherte seit der Geburt unter einer schweren respiratorischen Adaptationsstörung litt, welche in der Zeit vom 4. bis 21.

November 2016 eine stationäre Behandlung mit künstlicher Beatmung und atemstimulierender Medikation bedurfte, ist indes mit dem massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass in der Zeit vom 4. November bis 21. November 2016 eine Reise in die Schweiz für den Versicherten mit nicht unerheblichen gesundheitlichen Risiken verbunden war, und dass während dieses Zeitraums eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Versicherten durch eine Reise in die Schweiz nicht auszuschliessen war. In Würdigung der gesamten Umstände ist daher davon auszugehen, dass eine Reise in die Schweiz für den Versicherten in der Zeit ab der Geburt am 4. November 2016 bis zum Zeitpunkt des Austritts aus dem Spital F. \_\_\_ am 21. November 2016 nicht angemessen war.

#### **E. 9.4.6**

Demzufolge ist davon auszugehen, dass es sich bei der in der Zeit vom 4. bis 21.

November 2016 in Frankreich durchgeführten stationären Behandlung der Geburtsgebrechen der Ziff. 494 und 497 der Liste des Anhangs zur GgV

um not fallmässige

Behandlungen im Sinne von Art.

#### **E. 9.4.7**

In Bezug auf die wegen eines akuten respiratorischen Versagens mit Apnoe im Rahmen einer Bronchiolitis erfolgten Hospitalisation vom 11. bis 21. Dezember 2016 (Urk. 6/18/20-21) sind keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich, dass es sich dabei um eine notfallmässige Behandlung im Sinne von Art. 23 bis IVV Abs. 2 gehandelt hätte. Zwar ist im Bericht vom 21. Dezember 2016 von einem akuten Geschehen im Rahmen einer

Bronchiolitis bei vorbestehenden Atembeschwerden die Rede. Allerdings kann allein daraus noch nicht geschlossen werden, dass die Reise vom Elsass in die Schweiz aus medizinischer Sicht ausgeschlossen gewesen wäre.

In diesem Zusammenhang fällt ins Gewicht, dass aufgrund der vom Krankenversicherer beigezogenen Akten nicht belegt ist, dass die Mutter zeitnah zur Spitalentlassung am 21. November 2016 für sich oder die Neugeborenen in der Schweiz eine ärztliche Behandlung in Anspruch genommen hätte (vgl. Urk. 13/1). Viel mehr sind trotz der schwierigen gesundheitlichen Situation der Zwillinge lediglich Rechnungen von französischen Leistungserbringern aktenkundig (vgl.

Leistungsübersichten Urk. 10/9-11, Urk. 11/6, Urk. 11/11). Unter diesen Umständen ist nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der Überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass der Hospitalisation am 21. Dezember 2016 der Charakter einer notfallmässigen Behandlung im Sinne von Art.

### **E. 13**

IVG im Sinne des FZA sachlich eine (obligatorische eidgenössische) Krankenpflegeversicherung für Geburtsgebrechen im Rechtssinne darstellt. 3.5.2

Das FZA und die VO 883/2004 sind vorliegend daher auch in sachlicher Hinsicht anwendbar, da sich der Geltungsbereich der VO 883/2004 unter anderem auf Leistungen bei Krankheit und Mutterschaft bezieht (Art. 3 Abs. 1 lit. a VO 883/2004). 3.6

Die VO 883/2004, welche unter anderem für Rechtsvorschriften über Zweige der sozialen Sicherheit, die Leistungen bei Krankheit und Mutterschaft betreffen, gilt, enthält in Kapitel 1 des Titels III besondere Vorschriften für diese Leistungsart. Der Titel II VO 883/2004 (Art. 11-16) enthält allgemeine Kollisionsregeln zur Bestimmung der anzuwendenden Rechtsvorschriften. Dabei legt Art. 11 Abs. 1 VO 883/2004 den kollisionsrechtlichen Grundsatz der Einheitlichkeit der anwendbaren Rechtsvorschriften in dem Sinne fest, dass für jede betroffene Person die Rechtsvorschriften nur eines Mitgliedstaates massgebend sind (BGE 138 V 258 E.

4.2

mit Hinweis).

3.7

Unter Vorbehalt der abkommensrechtlichen Vorgaben - darunter auch des Diskriminierungsverbots (Art. 4 der VO 883/2004) - ist es Sache des innerstaatlichen Rechts, festzulegen, unter welchen Voraussetzungen Leistungen gewährt werden (vgl. BGE 131 V 209 E. 5.3). 3.8

Der Titel II VO 883/2004 (Art. 11-16) enthält allgemeine Kollisionsregeln zur Bestimmung der anzuwendenden Rechtsvorschriften. Dabei legt Art. 11 Abs. 1 VO 883/2004 den kollisionsrechtlichen Grundsatz der Einheitlichkeit der anwendbaren Rechtsvorschriften in dem Sinne fest, dass für jede betroffene Person die Rechtsvorschriften nur eines Mitgliedstaates massgebend sind (BGE 138 V 258 E. 4.2 mit Hinweis). Ausnahmen vorbehalten, gilt für Arbeitnehmende das Beschäftigungslandprinzip (Art. 11 Abs. 3 lit. a der VO 883/2004; BGE 136 V 244 E. 3.2.1). Nichterwerbstätige sind ebenfalls den Rechtsvorschriften (nur) eines Mitgliedstaats unterstellt. Nach Art. 11 Abs. 3 lit. e VO 883/2004 unterliegen sie den Rechtsvorschriften des Wohnmitgliedstaats, sofern

nichts anderes bestimmt ist. Dabei handelt es sich um einen eigenen Anspruch auf Grund des Wohnorts (BGE 140 V 98 E. 8.1; 143 V 52 E. 6.2.2). 3.9

Das FZA konkretisiert als Ergänzung zu Anhang XI der VO Nr. 883/2004 in seinem Anhang II Abschnitt A Nr. 1 lit. i Ziff. 3 lit. a FZA die Personenkategorien, welche, obgleich nicht in der Schweiz wohnhaft, dem schweizerischen Krankenversicherungsrecht unterstehen (BGE 143 V 52 E. 6.2.2.2). Gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts (BGE 143 V 1 E.

2.4.2) betreffen diese Bestimmungen indes nur die schweizerische Krankenversicherung gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) und nicht die medizinischen Massnahmen gemäss dem IVG. Demzufolge ist das Wahlrecht in Bezug auf diese Sachleistungen nach Art. 3 Abs. 1 lit. a und Art.

## **E. 18**

Abs. 2 VO 883/2004 auf die schweizerische Krankenversicherung beschränkt (BGE 143 V 1 E. 5.2.4.2). 3.10

Titel III der VO Nr. 883/2004 (Art. 17 ff.) enthält sodann besondere Vorschriften für die einzelnen Leistungsarten. Im Art. 17-35 umfassenden Kapitel 1 (Leistungen bei Krankheit sowie Leistungen bei Mutterschaft und gleichgestellte Leistungen bei Vaterschaft) sieht Art. 32 Regelungen zur « Rangfolge der Sachleistungsansprüche - Besondere Vorschrift für den Leistungsanspruch von Familienangehörigen im Wohnmitgliedstaat » vor. Diese lauten wie folgt:

Ein eigenständiger Sachleistungsanspruch aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats oder dieses Kapitels hat Vorrang vor einem abgeleiteten Anspruch auf Leistungen für Familienangehörige. Ein abgeleiteter Anspruch auf Sachleistungen hat jedoch Vorrang vor eigenständigen Ansprüchen, wenn der eigenständige Anspruch im Wohnmitgliedstaat unmittelbar und ausschliesslich aufgrund des Wohnorts der betreffenden Person in diesem Mitgliedstaat besteht (Abs. 1).

Wohnen die Familienangehörigen eines Versicherten in einem Mitgliedstaat, nach dessen Rechtsvorschriften der Anspruch auf Sachleistungen nicht vom Bestehen einer Versicherung, einer Beschäftigung oder einer selbständigen Erwerbstätigkeit abhängt, so werden die Sachleistungen für Rechnung des zuständigen Trägers in dem Mitgliedstaat erbracht, in dem sie wohnen, sofern der Ehegatte oder die Person, die das Sorgerecht für die Kinder des Versicherten hat, eine Beschäftigung oder eine selbständige Erwerbstätigkeit in diesem Mitgliedstaat ausübt oder von diesem Mitgliedstaat aufgrund einer Beschäftigung oder einer selbständigen Erwerbstätigkeit eine Rente erhält (Abs. 2). 3.11

Art. 32 VO Nr. 883/2004 enthält eine Kollisionsnorm und bestimmt den leistungspflichtigen Träger und damit auch das anzuwendende Recht, wenn sich bei Familienangehörigen Ansprüche aus eigenem Recht mit solchen aus abgeleitetem Recht überschneiden beziehungsweise (in Abs. 2 dieser Bestimmung), wenn sich Ansprüche auf Beschäftigung oder allgemeine aus Versicherung mit solchen auf Grundlage der reinen Begründung des Wohnsitzes (Systeme der öffentlichen nationalen Gesundheitsdienste) konkurrenzieren (Karl-Jürgen Bieback in: Euro päisches Sozialrecht, Maximilian Fuchs [Hrsg.], 7. Aufl., Basel/Baden-Baden/Wien 2018, Art. 32 VO Nr. 883/2004 N. 2). 3.12

Das Bundesgericht fasste den Regelungsgehalt von Art. 32 VO Nr. 883/2004 in

BGE 143 V 52 E. 6.3.2 folgendermassen zusammen:

«Die zitierte Bestimmung regelt nicht nur die Anspruchskonkurrenz zwischen eigenen und abgeleiteten Leistungsansprüchen des Familienangehörigen. Viel mehr stellt sie zugleich eine Kollisionsnorm dar, die das anzuwendende Recht auch bezüglich des Statusverhältnisses (beispielsweise Versicherteneigenschaft) einschliesslich etwaiger Beitragspflichten umfassend und eindeutig bestimmt. Die Vorschrift zielt insbesondere auf die Vermeidung von Doppelversicherungen von Familienangehörigen sowie auf eine Belastungsangleichung innerhalb der EU, soweit Einwohnersysteme (sog. nationale Gesundheitsdienste) betroffen sind (...). Bei Letzteren handelt es sich um ein steuerbasiertes System für Leistungen bei Krankheit sowie Mutter- und Vaterschaft, das - anders als im Falle von durch Beiträge von Beschäftigten und/oder Selbstständigerwerbenden finanzierten Sozialversicherungen - allen Einwohnern eines Landes offensteht (...).

Art. 32 Abs. 1 VO Nr. 883/2004 stellt mithin den Grundsatz auf, dass ein eigenständiger Anspruch Vorrang vor einem abgeleiteten Anspruch hat. Diesem Grundsatz ist aber dann ausnahmsweise nicht zu folgen, wenn der eigenständige Anspruch allein durch den Wohnsitz begründet wird. Diesfalls tritt der (eigenständige) Anspruch allein auf Grund des Wohnsitzes zurück gegenüber einem abgeleiteten Anspruch aus Versicherung (...). Wenn aber - so Abs. 2 der Bestimmung - bei den Familienangehörigen der Ehegatte oder die Person mit dem Sorgerecht für die Familienmitglieder im Wohnstaat gleichzeitig auch selbst eine Beschäftigung oder Erwerbstätigkeit ausübt oder von einem Träger des Wohnstaats eine Rente bezieht, gehen die Ansprüche des Wohnstaats vor (...).

Das Bestehen eines eigenständigen oder abgeleiteten Sachleistungsanspruchs ist sodann in folgender Reihenfolge zu prüfen: Nach Ermittlung des anwendbaren Rechts gemäss Titel II ( Art. 11-16) und den Normen des Titels III/Kapitel 1 (Art.

17-35) VO Nr. 883/2004 - vor allem nach Massgabe von Art. 11 und 17 VO Nr. 883/2004 - ist in einem zweiten Schritt zu eruieren, ob auf Grund der Rechtsvorschriften des für den jeweiligen Anspruch zuständigen Mitgliedstaats die entsprechenden Voraussetzungen vorliegen. Dabei sind sowohl die Rechtsfolgen der Art. 17 ff. VO Nr. 883/2004 wie auch gegebenenfalls Vor- und Nachrangregelungen des nationalen Rechts von Ansprüchen aus Erwerbstätigkeit und aus abgeleitetem Recht als Familienmitglied zu beachten. Besteht nach diesem Prüfungsgang immer noch ein Normkonflikt, insbesondere weil originärer und abgeleiteter Anspruch nach unterschiedlichen Rechtsordnungen zu bestimmen sind, ist ein Anwendungsfall von Art. 32 Abs. 1 Satz 1 VO Nr. 883/2004 zu bejahen (...). 4. 4.1

Vorerst ist die Frage nach dem Wohnort des Versicherten und seiner Eltern im Zeitpunkt der Geburt des Versicherten und danach gemäss dem Recht des FZA und der VO 883/2004 zu prüfen. 4.2

In Art. 1 lit. j VO 883/2004 wird der Wohnort als der Ort des gewöhnlichen Aufenthalts definiert. Davon ist der vorübergehende Aufenthalt zu unterscheiden ( Art. 1 lit. k VO 883/2004 ). Der Wohnort als gewöhnlicher Aufenthalt befindet sich an demjenigen Ort, an welchem eine Person den Mittelpunkt ihrer Lebensführung hat. Seine nähere Bestimmung kann von subjektiven oder objektiven Umständen abhängen. Bei subjektiver Bestimmung richtet sich der Wohnort nach dem Willen des Betroffenen; bei objektiver Bestimmung richtet er sich nach den äusserlichen Lebensumständen, die notfalls auch gegen den erklärten Willen des Betroffenen ins Feld geführt werden können (BGE 138 V 533 E.

#### 54.2) . 4.3

Art. 11 der VO Nr. 987/2009 (Durchführungsverordnung) enthält verschiedene Kriterien, welche nach der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes (EuGH; Urteil des EuGH C ? 589/10 vom 16. Mai 2013 Rn . 50) für die Bestimmung dieses Mittelpunkts der Lebensführung berücksichtigt werden können . Dazu gehören die Dauer und Kontinuität des Aufenthalts im Hoheitsgebiet der betreffenden Mitgliedstaaten, die familiären Verhältnisse und die familiären Bindungen , die Art und die spezifischen Merkmale der ausgeübten Tätigkeit, insbesondere des Ortes, an dem eine solche Tätigkeit in der Regel ausgeübt wird, die Dauerhaftigkeit der Tätigkeit und die Dauer des Arbeitsvertrags, die Ausübung einer nicht bezahlten Tätigkeit, die Einkommensquelle und Wohnsituation von Studierenden sowie der steuerliche Wohnsitz. Nach der Rechtsprechung ist der unfreiwillige krankheitsbedingte Verbleib an einem bestimmten Ort nicht unbedingt wohnsitzbegründend. Im Übrigen lässt das Gemeinschaftsrecht die Frage, wie der Wohnort zu bestimmen ist, weitgehend offen und überantwortet die nähere Bestimmung dem jeweiligen nationalen Recht (BGE 138 V 186 E. 3.3.1 mit Hinweisen auf Urteile des EuGH ; Kahil -Wolff in: Europäisches Sozialrecht, Maximilian Fuchs [Hrsg.], 7. Aufl., Basel/Baden-Baden/Wien 2018, Art. 1 VO Nr.

#### 883/2004 N. 20 ). 4.4

Im schweizerischen Recht bestimmt sich der Wohnsitz gemäss Art. 13 Abs. 1 ATSG nach Art. 23-26 des Schweizerischen Zivilgesetzbuchs

(ZGB). Nach Art. 25 Abs. 1 ZGB gilt als Wohnsitz des Kindes unter elterlicher Sorge der Wohnsitz der Eltern oder, wenn die Eltern keinen gemeinsamen Wohnsitz haben, der Wohnsitz des Elternteils, unter dessen Obhut das Kind steht; in den übrigen Fällen gilt sein Aufenthaltsort als Wohnsitz. Steht den Eltern die elterliche Sorge und Obhut gemeinsam zu, haben sie aber verschiedene Wohnsitze, so ist umstritten, ob der abgeleitete Wohnsitz zugunsten des effektiven Aufenthalts dahinfällt (Peter Breitschmid, Personen- und Familienrecht inkl. Kindes- und Erwachsenen schutzrecht Art. 1-456 ZGB, 2. Aufl., Zürich 2012, Art. 25 ZGB N 1 mit Hinweis auf Staehelin , BSK ZGB 25 N 9 und BGE 135 III 49 E 5.3). 5. 5.1

Den Akten ist zu entnehmen, dass die Mutter des Versicherten, eine Staatsangehörige der Föderativen Republik von Brasilien, am 7. September 2014 in die Schweiz eingereist ist. Seit diesem Zeitpunkt verfügte sie über eine Aufenthaltsbewilligung B und übte in der Schweiz eine Erwerbstätigkeit aus ( Urk 6/7/2-3) . Gemäss ihren Angaben ( Urk. 6/4) habe sie sich ab der 28. Schwangerschaftswoche aus gesundheitlichen Gründen in einem Spital in Frankreich aufgehalten, worauf sie am 4. November 2016, in der 32. Schwangerschaftswoche (zuzüglich 6 Tage; Urk. 6/5/1-2 S. 1)

die Zwillinge gebar . Nach der Geburt hielten sich die Eltern des Versicherten bis zu dessen Spitalentlassung am 21. November 2016 in Frankreich auf ( Urk. 6/6 und Urk. 10/11). 5.2

Zum Zeitpunkt der Geburt des Versicherten am 4. November 2016 war die Mutter des Versicherten mit dem Vater des Versicherten, D.\_\_\_\_, ein Staatsangehöriger der Bundesrepublik Deutschland, verheiratet. Der Vater des Versicherten war zum Zeitpunkt der Geburt und in der Zeit danach in Frankreich wohnhaft ( Urk. 6/1 Ziff. 3.2.2) und übte in Frankreich eine Erwerbstätigkeit aus ( Urk. 6/4) . Den getrennt lebenden Eltern des Versicherten stand das elterliche Sorgerecht gemeinsam zu ( Urk. 6/1 Ziff. 3.3). 5.3

Der Versicherte wurde am 4. November 2016 in Frankreich geboren und war dort vom 4. bis 21. November 2016 ( Urk. 6/6) und erneut vom 11. bis 21. Dezember 2016 ( Urk. 6/18/20-21) hospitalisiert. Der Versicherte verfügte jedoch bereits ab dem Zeitpunkt seiner Geburt über eine Aufenthaltsbewilligung B in der Schweiz ( Urk. 6/7/1) und hielt sich zusammen mit seiner Mutter bis 31. August 2017 (vgl.

Urk. 14) in der Schweiz auf. 6.6.1

Die Umstände, dass die Mutter des Versicherten vor der Niederkunft in der Schweiz wohnhaft war und in der Schweiz eine Erwerbstätigkeit ausübte, dass sie nach der an die Geburt des Versicherten anschliessenden Hospitalisation in Frankreich zurück in die Schweiz reiste und dort bis 31. August 2017 verblieb ( Urk. 14) , sowie der Umstand, dass der Versicherte bereits ab dem Zeitpunkt seiner Geburt in der Schweiz über eine Aufenthaltsbewilligung B verfügte, stellen Indizien für die Annahme eines Lebensmittelpunktes des Versicherten in der Schweiz dar. Dem Schreiben der Mutter des Versicherten an die Beschwerdegegnerin vom 26. Januar 2017 ( Urk. 6/4) ist sodann zu entnehmen, dass sie für die Niederkunft ein Spital in E.\_\_\_\_, Frankreich, wählte, um es ihren Familien angehörigen und insbesondere ihrem Ehegatten zu ermöglichen, sie während des Spitalaufenthalts besuchen zu können. Dies stellt ein Indiz dafür dar, dass der Aufenthalt in Frankreich nur für die Schwangerschaft und Niederkunft geplant war, und dass kein andauernder Aufenthalt in Frankreich beabsichtigt war.

Der Umstand, dass der Versicherte nach der Entlassung aus dem Spital in Frankreich nicht bei seinem in Frankreich wohnhaften Vater, welcher mit der Mutter das gemeinsame elterliche Sorgerecht innehatte, verblieb, sondern sich bei seiner Mutter in der Schweiz aufhielt, hat sodann als Indiz dafür zu gelten, dass sich die Eltern des Versicherten offensichtlich darauf verständigten, dass die Mutter die tatsächliche Obhut über den Versicherten ausübe. Dies stellt ein weiteres Indiz für einen Wohnort beziehungsweise Orte des dauernden Aufenthalts des Versicherten in der Schweiz dar.

## **E. 23**

bis

Abs. 2 IVV keine Kostenbeteiligung geschuldet.

Den Akten ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin als Krankenversicherer des Versicherten die streitigen Kosten der Behandlung in Frankreich gemäss dem in Frankreich für Krankenversicherer geltenden Tarif beglichen hat ( Urk. 11/11 S.

4). Davon ausgenommen ist indes ein allfälliger Selbstbehalt. Diesen haben die Eltern indes akzeptiert, haben sie doch selbst keine Kostenübernahme durch die Beschwerdegegnerin verlangt. Der Versicherte ist daher nicht beschwert, wenn nun an Stelle des Krankenversicherers die Beschwerdegegnerin teilweise leistungspflichtig wird und insoweit kein Selbstbehalt anfällt.

Unter diesen Umständen ist mangels eines Rechtsschutzinteresses von einer Bei ladung des Beschwerdeführers zum Verfahren ( § 14 Abs. 1 GSVGer ) beziehungsweise von einer solchen seiner Eltern abzusehen. 12.

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Ver weig erung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfah rens aufwand und

unabhängig vom Streitwert innerhalb des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) auf insgesamt Fr. 1'000.-- festzusetzen und gemäss dem Verfahrensausgang im Umfang von Fr. 700.-- von der Beschwerdegegnerin sowie im Umfang von Fr. 300.-- von der Beschwerdeführerin zu tragen.

Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird festgestellt, dass die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, für die für B.\_\_\_\_

in der Zeit vom 4. bis 21. November 2016 in Frankreich durchgeführte Behandlung der Geburtsgebrechen der Ziff. 494 und 497 der Liste des Anhangs zur GgV leistungspflichtig ist. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von insgesamt Fr. 1'000.-- werden im Umfang von Fr. 700.-- der Beschwerdegegnerin

und im Umfang von Fr. 300.-- der Beschwerdeführerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden den Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - SWICA Krankenversicherung AG - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden ( Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Mosimann Volz

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