



Urteil vom 22. März 2016

Besetzung

Richter Daniel Stufetti (Vorsitz),
Richter Christoph Rohrer, Richterin Caroline Bissegger,
Richterin Madeleine Hirsig-Vouilloz, Richter Vito Valenti,
Gerichtsschreiberin Patrizia Levante.

Parteien

A. _____,
vertreten durch ihre Eltern B. _____ und
C. _____,
Beschwerdeführerin,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Avenue Edmond-Vaucher 18, Postfach 3100, 1211 Genf 2,
Vorinstanz.

Gegenstand

IV, Hilfsmittel, Versicherteneigenschaft;
Verfügung der IVSTA vom 26. September 2013.

Sachverhalt:**A.**

Die Schweizer Bürgerin A._____ wurde am (...) 2007 in der Schweiz geboren (Vorakten 2/1-2). Sie ist seit Geburt bei ihren Eltern in Deutschland wohnhaft. Ihre Mutter B._____, Schweizer Staatsangehörige, arbeitet als Grenzgängerin bei der D._____ in der Schweiz und entrichtet obligatorische Beiträge an die Schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV; Vorakten 39). Ihr Vater C._____ besitzt die deutsche Staatsangehörigkeit (Vorakten 2/3). Mit Formular vom 28. März 2008 (Vorakten 1) reichten die Eltern von A._____ bei der Invalidenversicherungs-Stelle für Versicherte im Ausland (nachfolgend: IVSTA) eine Anmeldung zum Bezug von Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung (IV) für Versicherte vor dem 20. Altersjahr ein (Eingang: 3. April 2008). Als Behinderung gaben sie das Geburtsgebrechen Mosaik-Trisomie 9, Ziff. 395 an (Vorakten 1/3).

B.

Nach Durchführung der massgeblichen medizinischen Abklärungen in der Augen- und Kinderklinik des Kantonsspitals Z._____ (Vorakten 7 f.) und gestützt auf die Stellungnahme des IV-Stellenarztes Dr. med. E._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 17. Mai 2008 (Vorakten 12) gewährte die IVSTAA._____ mit Verfügung vom 20. Mai 2008 (Vorakten 14) für die Dauer vom 13. November 2007 bis längstens zum vollendeten zweiten Altersjahr ([...] 2009) die notwendigen medizinischen Massnahmen gemäss Art. 13 IVG (SR 831.20) zur Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 395 inklusive der ärztlich verordneten Physiotherapie. Mit Schreiben vom 25. August 2009 (Vorakten 20) erteilte die IVSTA ausserdem die Kostengutsprache für ein Kunststoffkorsett gemäss Kostenvorschlag der Firma F._____ AG vom 9. Juni 2009 im Betrag von Fr. 3'234.45.

C.

C.a Mit Schreiben vom 26. Januar 2010 (Vorakten 21) gab die IVSTA den Eltern von A._____ unter Bezugnahme auf die Rechnung der Firma F._____ AG vom 6. Januar 2010 bekannt, im Rahmen der Prüfung des Verlängerungsgesuchs hinsichtlich einer allfälligen Weitergewährung von IV-Leistungen bzw. medizinischen Massnahmen nach dem (...) 2009 würden weitere Abklärungen durchgeführt. In der Folge nahm die IVSTA verschiedene Unterlagen zu den Akten (vgl. Vorakten 22-42).

C.b Mit Vorbescheid vom 31. August 2010 (Vorakten 43) teilte die IVSTA den Eltern von A. _____ mit, dass das Gesuch um Kostengutsprache für medizinische Massnahmen zur Behandlung der Mosaik-Trisomie 9 abgelehnt werden müsse. Zur Begründung führte die IVSTA aus, für das Geburtsgebrechen Ziff. 395 sei zufolge des Alters von A. _____ keine Kostengutsprache möglich und die Voraussetzungen des Geburtsgebrechens Ziff. 390 seien nicht erfüllt. Eine Kostenübernahme von medizinischen Massnahmen gemäss Art. 12 IVG sei sodann nicht möglich, weil die versicherungsmässigen Voraussetzungen nicht gegeben seien.

C.c Gegen diesen Vorbescheid erhob die Mutter von A. _____ mit Schreiben vom 26. September 2010 (Vorakten 44) bei der IVSTA Einwände. Sie machte insbesondere geltend, die Ungleichbehandlung eines Schweizer Kindes einer Schweizerin, die als Grenzgängerin mit Wohnsitz in Deutschland in der Schweiz arbeite und IV-Beiträge entrichte, stelle eine Diskriminierung dar und verstosse gegen das Gleichbehandlungsgebot des Freizügigkeitsabkommens. Art. 9 Abs. 2 IVG dürfe hier daher nicht angewendet werden. Es sei folglich der Anspruch auf Kostenübernahme der medizinischen Massnahmen gemäss Art. 12 IVG anzuerkennen.

C.d Mit Verfügung vom 2. November 2010 (Vorakten 47) wies die IVSTA das Gesuch um Kostengutsprache für medizinische Massnahmen zur Behandlung der Mosaik-Trisomie 9 ab. Sie hielt an den im Vorbescheid gemachten Ausführungen fest, indem sie eine Kostengutsprache für das Geburtsgebrechen Ziff. 395 (leichte cerebrale Bewegungsstörung) zufolge Überschreitung des vollendeten zweiten Altersjahres verneinte und die von Amtes geprüften Voraussetzungen des Geburtsgebrechens Ziff. 390 (angeborene cerebrale Bewegungsstörung mit spastischer, dyskinetischer oder ataktischer Lähmung) aufgrund der medizinischen Unterlagen als nicht erfüllt betrachtete. Eine Kostenübernahme gemäss Art. 12 IVG lehnte die IVSTA schliesslich mit der Begründung ab, die entsprechenden versicherungsmässigen Voraussetzungen seien nicht gegeben, weil Minderjährige, deren Eltern in der Schweiz als Grenzgänger tätig seien, nicht mehr versichert im Sinne von Art. 9 Abs. 2 IVG, in Kraft seit dem 1. Januar 2008, seien. Vorliegend sei die Diagnose der Mosaik-Trisomie 9 erst im Februar 2008 gestellt worden, weshalb der Anspruch nicht vorher habe entstehen können.

C.e Am 23. November 2010 ging bei der IVSTA sodann der Kostenvorschlag der Firma F. _____ AG für Spezial-Halbschuhe für Orthesen vom 27. Oktober 2010 im Betrag von Fr. 493.- ein (Vorakten 48).

C.f Mit Vorbescheid vom 7. Dezember 2010 (Vorakten 50) teilte die IVSTA der Mutter von A. _____ unter Hinweis auf Art. 9 Abs. 2 IVG mit, dass das Leistungsgesuch um Kostengutsprache für Hilfsmittel (Spezial-Halbschuhe für Orthesen) abgewiesen werden müsse.

D.

D.a Gegen die Verfügung der IVSTA vom 2. November 2010 erhoben die Eltern von A. _____ als deren gesetzliche Vertreter mit Eingabe vom 14. Dezember 2010 beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde (C-8580/2010, BVGer-act. 1). Sie stellten den Antrag um Aufhebung der angefochtenen Verfügung und – allenfalls nach weiteren Abklärungen – um Gewährung der ihr gesetzlich zustehenden Leistungen, insbesondere um Kostenübernahme für medizinische Massnahmen, Hilfsmittel und weitere Leistungen. Zur Begründung wurden im Wesentlichen die im Verwaltungsverfahren vorgebrachten Argumente wiederholt. Ausserdem wurde in der Beschwerde geltend gemacht, die Leistungsansprüche seien im Zeitpunkt der Geburt entstanden, weshalb auf die damals gültige Gesetzeslage und Rechtsprechung abzustellen sei, wonach Grenzgängerkinder versichert seien.

D.b Die IVSTA beantragte in ihrer Vernehmlassung vom 12. April 2011 die Abweisung der Beschwerde und Bestätigung der angefochtenen Verfügung (C-8580/2010, BVGer-act. 5). Sie erneuerte ihre im Vorverfahren gemachten Ausführungen und verwies dabei insbesondere auf das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-5284/2008 vom 3. Dezember 2010, welches an das Bundesgericht weitergezogen worden sei. Eventualiter stellte die IVSTA einen Sistierungsantrag, dem sich die Eltern von A. _____ nicht widersetzten (C-8580/2010, BVGer-act. 7).

D.c Mit Verfügung vom 8. Juni 2011 sistierte die Instruktionsrichterin das Verfahren C-8580/2010. Nach Vorliegen des Urteils des Bundesgerichts 9C_1026/2010 vom 23. Dezember 2011 hob die Instruktionsrichterin mit Verfügung vom 31. August 2012 die Sistierung wieder auf und schloss nach Eingang der Stellungnahme seitens der Eltern von A. _____ den Schriftenwechsel (C-8580/2010, BVGer-act. 8, 10, 12-13).

D.d Mit rechtskräftigem Urteil vom 15. November 2012 (C-8580/2010, BVGer-act. 15) hiess das Bundesverwaltungsgericht die Beschwerde teilweise gut und hob die angefochtene Verfügung vom 2. November 2010 auf (Ziff. 1 des Dispositivs). Es wies die Sache sodann zur weiteren Abklärung

des Sachverhalts im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Vorinstanz zurück (Ziff. 2 des Dispositivs). In E. 7 seines Urteils legte das Bundesverwaltungsgericht – unter Hinweis auf das erwähnte Urteil des Bundesgerichts 9C_1026/2010 – dar, welche ergänzenden Sachverhaltsabklärungen vorzunehmen sind in Bezug auf das gesundheitliche Leiden, die medizinischen Behandlungen, den Versicherungsstatus, die Erwerbstätigkeit des Vaters sowie allfällige Ansprüche bzw. Leistungen in Deutschland, um beurteilen zu können, ob die Beschwerdeführerin direkt aufgrund der gerügten Verletzung des Diskriminierungsverbots sowie anderer Koordinationsbestimmungen des Freizügigkeitsabkommens bzw. seiner Ausführungsbestimmungen Ansprüche auf Leistungen der schweizerischen IV geltend machen kann.

E.

E.a Unter Bezugnahme auf das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 15. November 2012 ersuchte die IVSTA die Eltern von A._____ mit Schreiben vom 12. Februar 2013 (Vorakten 61) um Zustellung von Unterlagen bzw. Angaben hinsichtlich des Krankenversicherungsstatus von A._____ und ihrer Mutter ab dem Jahre 2007, der Erwerbstätigkeit von C._____ im Jahre 2007 sowie einer allfälligen Gesuchseinreichung bei der deutschen IV. Ausserdem forderte die IVSTA bei der Deutschen Rentenversicherung eine Bescheinigung des Versicherungsverlaufs von C._____ ein (Vorakten 65). In der Folge gingen bei der IVSTA die angeforderten Informationen bzw. Dokumente ein, welche zu den Akten genommen wurden (Vorakten 62-67).

E.b Mit Vorbescheid vom 26. September 2013 (Vorakten 68) teilte die IVSTA der Mutter von A._____ mit, dass das Leistungsbegehren betreffend die Rechnung der Firma F._____ AG vom 6. Januar 2010 abgewiesen werden müsse, weil die versicherungsmässigen Voraussetzungen im Sinne von Art. 9 Abs. 2 IVG nicht erfüllt seien. Die IVSTA wies in ihrem Vorbescheid auf eine allfällige Übernahme der beantragten Leistung durch die schweizerische Krankenversicherung hin.

E.c Mit Verfügung vom 26. September 2013 (Vorakten 70/6-9) teilte die IVSTA der Mutter von A._____ betreffend den Kostenvoranschlag der Firma F._____ AG vom 27. Oktober 2010 mit, dass für Hilfsmittel (Spezial-Halbschuhe für Orthesen) keine Kostengutsprache erteilt werde. Zur Begründung führte die IVSTA unter Hinweis auf Art. 9 Abs. 2 IVG an, dass

A. _____ als in Deutschland wohnhaftes Kind einer Grenzgängerin, welche in der Schweiz eine Erwerbstätigkeit ausübe, bei der schweizerischen IV nicht versichert sei und daher die versicherungsmässigen Voraussetzungen nicht erfüllt seien. Hingegen sei A. _____ in der Schweiz krankenversichert, weshalb gemäss den Koordinationsregeln des schweizerischen Sozialversicherungsrechts die obligatorische Krankenpflegeversicherung allenfalls die beantragten Leistungen übernehme.

E.d In der von der IVSTA daraufhin eingeholten Stellungnahme vom 31. Dezember 2013 (Vorakten 77) hielt der IV-Stellenarzt Dr. med. G. _____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, hinsichtlich der Frage des Geburtsgebrechens von A. _____ fest, dass kein Geburtsgebrechen im Sinne der Verordnung über Geburtsgebrechen vom 9. Dezember 1985 (GgV, SR 831.232.21) vorliege, sondern ein angeborenes Leiden ausserhalb der GgV, welches er mit Ziff. 503 codieren würde.

F.

F.a Mit Eingabe vom 6. November 2013 (BVGer-act. 1; schweizerischer Poststempel: 7. November 2013) erhoben die Eltern von A. _____ (nachfolgend: Beschwerdeführerin) als deren gesetzliche Vertreter gegen die Verfügung der IVSTA (nachfolgend: Vorinstanz) vom 26. September 2013 beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde (Eingang: 8. November 2013) und beantragten, 1. es sei die angefochtene Verfügung der Vorinstanz aufzuheben, 2. es sei die Vorinstanz zu verpflichten, der Beschwerdeführerin – allenfalls nach weiteren Abklärungen – die ihr gesetzlich zustehenden Leistungen zu gewähren, insbesondere seien die Kosten für die medizinischen Massnahmen, Hilfsmittel und weitere Leistungen zu übernehmen, 3. die Vorinstanz habe die Kosten des Verfahrens zu übernehmen.

Zur Begründung der Beschwerde wurde im Wesentlichen geltend gemacht, dass keine Abklärungen bezüglich der Qualifizierung des Geburtsgebrechens vorgenommen worden seien, weshalb das besagte Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 15. November 2012 zum Teil gar nicht umgesetzt worden sei und deshalb die Angelegenheit an die Vorinstanz zurückzuweisen sei oder die entsprechenden Abklärungen durch das Gericht auf Kosten der Vorinstanz vorgenommen werden sollten. Weiter wurde ausgeführt, die vorinstanzliche Nichtanwendung von Art. 9 Abs. 2 IVG diskriminiere Grenzgängerkinder. Mit der Beschwerde wurde sodann ein von PD

Dr. Silvia Bucher verfasster Artikel (BVGer-act. 1/2) eingereicht, aus welchem zusammengefasst abgeleitet wurde, dass die Beschwerdeführerin gestützt auf die Bestimmungen der europäischen Koordinationsverordnungen bezüglich der hier interessierenden Sachleistungen bei Krankheit (medizinische Massnahmen und Hilfsmittel) in der Schweiz versichert sei, wie wenn sie ihren Wohnsitz in der Schweiz (und nicht in Deutschland) hätte. Aufgrund des massgeblichen Koordinationsrechts könne die Beschwerdeführerin wählen, ob sie in Deutschland oder in der Schweiz die entsprechenden Sachleistungen beziehen wolle.

F.b Der mit Zwischenverfügung vom 13. November 2013 (BVGer-act. 2) erhobene Kostenvorschuss von Fr. 400.- wurde am 18. November 2013 geleistet (BVGer-act. 3).

F.c In ihrer Vernehmlassung vom 21. Januar 2014 (BVGer-act. 6) beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde im Wesentlichen mit der Begründung, dass die im Anschluss an das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 15. November 2012 durchgeführten ergänzenden Abklärungen ergeben hätten, dass die Beschwerdeführerin und ihre Mutter in der Schweiz obligatorisch krankenversichert seien und in medizinischer Hinsicht kein Geburtsgebrechen im Sinne der GgV vorliegen würde, weshalb die Beschwerdeführerin nach dem IVG für die beantragten Hilfsmittel nicht versichert sei. Hingegen könne die Beschwerdeführerin den entsprechenden Leistungsanspruch bei ihrer schweizerischen Krankenversicherung geltend machen.

F.d Die Eltern der Beschwerdeführerin hielten in der Replik vom 28. März 2014 (BVGer-act. 11) sinngemäss an ihren in der Beschwerde gestellten Anträgen fest. Sie bestritten die vorinstanzliche Ansicht, wonach kein Geburtsgebrechen vorliegen soll, und machten geltend, die Beschwerdeführerin sei vielmehr seit Geburt mehrfach körperlich und geistig geschädigt, weshalb sie auf diverse medizinische und sonstige Hilfsmittel angewiesen sei. Weiter wurde in der Replik kritisiert, dass die IV-Stellenärzte, insbesondere Dr. G. _____, die Beschwerdeführerin nie persönlich untersucht und auch keine aktuellen Berichte bei den behandelnden Ärzten eingeholt hätten. Entsprechende Berichte seien jedoch durch das Gericht oder die Vorinstanz anzufordern, sofern ein Geburtsgebrechen weiterhin verneint werden sollte. Aber selbst wenn kein Geburtsgebrechen vorliegen würde, habe die Beschwerdeführerin Anspruch auf die beantragten Halbschuhe, weil sie damit unter anderem die Schule besuchen könne. Abschliessend wurde

festgehalten, dass nicht die Krankenkasse, sondern die IV für die streitigen Kosten aufkommen müsse.

F.e Mit Duplik vom 8. April 2014 (BVGer-act. 13) blieb die Vorinstanz bei ihren in der Vernehmlassung getroffenen Feststellungen und dem darin gestellten Antrag auf Beschwerdeabweisung.

F.f Mit Zwischenverfügung vom 14. April 2014 (BVGer-act. 14) schloss die Instruktionsrichterin den Schriftenwechsel, wobei weitere Instruktionsmassnahmen vorbehalten blieben.

G.

Auf die weiteren Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Unterlagen wird – soweit erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Anfechtungsobjekt ist vorliegend die Verfügung der IVSTA vom 26. September 2013, mit welcher – in Bestätigung des Vorbescheides vom 7. Dezember 2010 – das Leistungsgesuch der Beschwerdeführerin um Kostengutsprache für Hilfsmittel (Spezial-Halbschuhe für Orthesen) gemäss Kostenvoranschlag der Firma F._____ AG vom 27. Oktober 2010 abgewiesen wurde.

Die von der IVSTA am 12. Februar 2014 und in Bestätigung des Vorbescheides vom 26. September 2013 (vgl. Sachverhalt E.c) erlassene Verfügung, welche das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin betreffend die Rechnung der Firma F._____ AG vom 6. Januar 2010 ablehnte, wurde in der Folge ebenfalls beim Bundesverwaltungsgericht angefochten. Die entsprechende Beschwerde wird im konnexen Verfahren C-1277/2014 behandelt. Einer Vereinigung der Verfahren bedarf es nicht.

1.1 Gemäss Art. 31 in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG sowie Art. 5 VwVG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IVSTA.

1.2 Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (Art. 37 VGG). In dessen findet das VwVG aufgrund von Art. 3 Bst. d^{bis} VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das ATSG (SR 830.1) anwendbar ist. Nach Art. 1 Abs. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung (Art. 1a-26^{bis} und 28-70) anwendbar, soweit das vorliegende Gesetz nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht.

1.3 Die durch ihre Eltern (gesetzlich) vertretene Beschwerdeführerin ist durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (Art. 59 ATSG). Die Beschwerde wurde unbestrittenermassen fristgemäss (Vorakten 73/38) und im Übrigen auch formgerecht eingereicht (Art. 60 Abs. 1 i.V.m. Art. 38 Abs. 3 und 4 Bst. b ATSG sowie Art. 52 Abs. 1 VwVG). Der Kostenvorschuss wurde ebenfalls innert Frist geleistet (Art. 63 Abs. 4 VwVG). Damit ist auf die Beschwerde einzutreten.

2.

Die Beschwerdeführenden können im Rahmen des Beschwerdeverfahrens die Verletzung von Bundesrecht unter Einschluss des Missbrauchs oder der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts sowie Unangemessenheit des Entscheids rügen (Art. 49 VwVG).

3.

3.1 Die minderjährige Beschwerdeführerin ist Schweizer Staatsangehörige und wohnt bei ihren Eltern in Deutschland, wobei ihre Schweizer Mutter als Grenzgängerin in der Schweiz arbeitet. Unter diesen Umständen ist bei der Beurteilung des Anspruchs der Beschwerdeführerin auf schweizerische IV-Leistungen das Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedern andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681) zu beachten (siehe auch Urteil des BGer 9C_1026/2010 E. 4). In zeitlicher Hinsicht ist das FZA anwendbar, weil hier IV-Leistungen für die Zeit nach dessen Inkrafttreten am 1. Juni 2002 zur Diskussion stehen und der angefochtene Einspracheentscheid nach diesem Datum ergangen ist (vgl. BGE 133 V 137 E. 5).

3.2 Nach Art. 1 Abs. 1 des auf der Grundlage des Art. 8 FZA ausgearbeiteten und Bestandteil des Abkommens bildenden (Art. 15 FZA) Anhangs II

("Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit") des FZA in Verbindung mit Abschnitt A dieses Anhangs wenden die Vertragsparteien untereinander insbesondere die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.1; nachfolgend: VO 883/2004) und die Verordnung (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der VO 883/2004 (SR 0.831.109.268.11) oder gleichwertige Vorschriften an.

3.3 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. auch Urteil des BGer 8C_455/2011 vom 4. Mai 2012 E. 2.1). Die VO 883/2004, welche die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (SR 0.831.109.268.1; nachfolgend: VO 1408/71) ersetzt hat, begründet gemäss ihren Übergangsbestimmungen jedoch keinen Anspruch für den Zeitraum vor dem Beginn ihrer Anwendung (Art. 87 Abs. 1), weshalb für Leistungsansprüche bis am 31. März 2012 die VO 1408/71 und die Verordnung (EWG) Nr. 574/72 des Rates vom 21. März 1972 über die Durchführung der VO 1408/71 (nachfolgend: VO 574/72, SR 0.831.109.268.11) anwendbar bleiben (vgl. BGE 139 V 88 E. 4.2; 138 V 392 E. 4.1.3; Urteil des BGer 9C_651/2012 vom 15. Mai 2013 E. 5.1.2). Der ebenfalls am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Art. 80a IVG verweist in Bst. a im Zusammenhang mit dem FZA auf diese beiden Koordinierungsverordnungen (AS 2002 688 und 700).

3.4 In sachlicher Hinsicht ist festzuhalten, dass medizinische Massnahmen gemäss Art. 12 ff. IVG als Leistungen bei Krankheit im Sinne von Art. 4 Abs. 1 Bst. a der VO 1408/71 gelten (BGE 133 V 320 E. 5.6 mit weiteren Hinweisen; Urteil des BGer I 601/06 vom 12. März 2008 E. 6.2.2). Dasselbe gilt für Sachleistungen wie die hier zur Diskussion stehenden orthopädischen Spezialschuhe, die wegen eines Gesundheitsschadens abzugeben sind (vgl. BGE 132 V 46 E. 3.2.3 mit weiteren Hinweisen). In persönlicher Hinsicht fällt die Beschwerdeführerin als Tochter einer in Deutschland wohnhaften und in der Schweiz als Arbeitnehmerin erwerbstätigen Schweizer Mutter unter den Anwendungsbereich der VO 1408/71

(Art. 2 Abs. 1), nachdem abgeleitete Rechte zur Diskussion stehen (SILVIA BUCHER, L'ALCP et les règlements de coordination de l'union européenne: La question des mesures médicales de l'assurance-invalidité pour les enfants de frontaliers, Cahiers genevois et romands de sécurité sociale N° 47-2011, S. 61 N. 7, nachfolgend: enfants de frontaliers).

3.5 Gemäss Art. 13 Abs. 2 Bst. a der VO 1408/71 unterliegt eine Person, die im Gebiet eines Mitgliedstaats abhängig beschäftigt ist, den Rechtsvorschriften dieses Staates, und zwar auch dann, wenn sie im Gebiet eines anderen Mitgliedstaats wohnt. Familienangehörige sind demselben Recht unterstellt wie die Person, von denen sie abhängig sind (BUCHER, enfants de frontaliers, a.a.O., S. 61 N. 10). Daraus folgt, dass auf den hier streitigen Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin grundsätzlich schweizerisches Recht anzuwenden ist (vgl. aber E. 7.3 und 7.4).

4.

4.1 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des streitigen Entscheides (hier: 26. September 2013) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweisen). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

4.2 Nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln finden in formell-rechtlicher Hinsicht mangels anderslautender Übergangsbestimmungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2).

4.2.1 In materiell-rechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts Geltung hatten (BGE 132 V 215 E. 3.1.1; 130 V 329 E. 2.3). Massgebend ist somit der Eintritt des Versicherungsfalls. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht (Art. 4 Abs. 2 IVG). Daraus folgt, dass im Rahmen jeder gesetzlichen Leistungsnorm der Invaliditätseintritt autonom bestimmt werden muss (ULRICH MEYER/MARCO REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl. 2014, Art. 4 N. 140). Bei den medizinischen Eingliederungsmassnahmen gilt nach der Rechtsprechung die Invalidität in dem Zeitpunkt

als eingetreten, in dem das festgestellte Gebrechen eine medizinische Behandlung oder ständige Kontrolle objektiv erstmals notwendig macht, was dann zutrifft, wenn die Behandlungs- oder Kontrollbedürftigkeit beginnt und keine Gegenindikation besteht (BGE 111 V 110 E. 3d und 117 E. 1d; 105 V 58 E. 2a mit Hinweisen). Diese Grundsätze gelten auch zur Bestimmung des Invaliditätseintritts bei minderjährigen Versicherten, die an einem Geburtsgebrehen leiden (BGE 98 V 270 E. 2). Die Rechtsprechung stellt somit den Invaliditätseintritt objektiv aufgrund des Gesundheitszustandes fest, wobei zufällige externe Faktoren unerheblich sind (BGE 108 V 61 E. 2b mit Hinweis). Der Beginn des Anspruchs auf medizinische Massnahmen fällt bei rechtzeitiger Anmeldung mit dem Beginn der objektiv notwendigen Behandlungs- oder Kontrollbedürftigkeit des festgestellten Geburtsgebrehens zusammen (vgl. BGE 118 V 79 E. 3a). Die objektive Behandlungs- oder Kontrollbedürftigkeit ist rechtsprechungsgemäss erstmals dann ausgewiesen, wenn Anzeichen des Beschwerdebildes vorhanden sind oder Standarduntersuchungen auf das Bestehen des Leidens hinweisen (Urteil des BGer I 671/03 vom 1. Dezember 2004 E. 2.2 mit weiteren Hinweisen). Bei Hilfsmitteln gilt die Invalidität dann als eingetreten, wenn der Gesundheitsschaden objektiv erstmals die Versorgung mit einem solchen Gerät notwendig macht. Dieser Zeitpunkt braucht nicht mit jenem der erstmaligen Behandlungsbedürftigkeit übereinzustimmen (BGE 108 V 61 E. 2b; 103 V 130; ZAK 1965 153).

4.2.2 Es ist unbestritten und erwiesen (Vorakten 7-9, 24, 30/6, 34/1), dass die Beschwerdeführerin seit Geburt an einer Mosaik-Trisomie 9 leidet. Es handelt sich hierbei um ein Geburtsgebrehen (Vorakten 9, 19, 30/6, 77/3). Die Diagnose der als genetisch geltenden Krankheit wurde erstmals am 3. November 2007 gestellt (Vorakten 9/1). Dass die diagnostizierte Mosaik-Trisomie 9 Untersuchungen und Behandlungen erfordert, ist ebenfalls unstrittig und belegt (Vorakten 7-9, 24, 30, 34, 42).

4.2.3 Das Bundesverwaltungsgericht stellte in E. 5.3.3 seines Urteils C-8580/2010 fest, dass bei der Beschwerdeführerin die objektive Behandlungs- bzw. Kontrollbedürftigkeit und damit der Anspruch auf medizinische Massnahmen bereits anfangs November 2007 entstanden sind, zumal dies auch in der vorinstanzlichen Verfügung vom 20. Mai 2008 dokumentiert ist. Soweit die Beschwerdeführerin medizinische Massnahmen beansprucht, sind somit diejenigen Normen massgebend, welche bis am 31. Dezember 2007 in Kraft standen (siehe Urteil des BVGer C-8580/2010 E. 5.3.4).

4.2.4 Im vorliegenden Verfahren stehen Leistungen für orthopädisch anzufertigende Spezialschuhe für Orthesen zur Diskussion (Vorakten 48). Die Vorinstanz qualifizierte diese Schuhe in der angefochtenen Verfügung als Hilfsmittel, was seitens der Beschwerdeführerin nicht beanstandet wird. In der Verordnung des EDI über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Invalidenversicherung vom 29. November 1976 (HVI, SR 831.232.51) werden in Ziff. 4.03 des Anhangs orthopädische Spezialschuhe als Hilfsmittel aufgeführt. Die hier streitigen Leistungen lassen sich somit als Leistungen für Hilfsmittel im IV-rechtlichen Sinne qualifizieren. Die laut Akten erstmalige ärztliche Verschreibung der orthopädischen Spezialschuhe datiert vom 1. November 2010 (Vorakten 49), weshalb die objektive Notwendigkeit solcher Schuhe ab diesem Datum angerufen werden kann. Folglich ist auf die Bestimmungen des ATSG, der ATSV (SR 830.11), des IVG sowie der IVV (SR 831.201) abzustellen, welche am 1. November 2010 in Kraft standen. Hinsichtlich des vorliegend zu beurteilenden Leistungsanspruchs sind somit die Fassungen gemäss den am 1. Januar 2008 in Kraft getretenen Änderungen (5. IV-Revision, AS 2007 5129 und AS 2007 5155) massgebend. In den folgenden Erwägungen wird jeweils auf diese Fassungen Bezug genommen. Noch keine Anwendung findet das am 1. Januar 2012 in Kraft getretene erste Massnahmenpaket der 6. IV-Revision (IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659]), da der hier streitige Leistungsanspruch vor dem 1. Januar 2012 entstanden ist.

5.

5.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Nicht erwerbstätige Minderjährige gelten als invalid, wenn die Beeinträchtigung ihrer körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit voraussichtlich eine ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit zur Folge haben wird (Art. 8 Abs. 2 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Als Geburtsgebrechen gelten diejenigen Krankheiten, die bei vollendeter Geburt bestehen (Art. 3 Abs. 2 ATSG). Dabei umfasst Art. 3 Abs. 2 ATSG sowohl die in der GgV eingeschlossenen als auch die davon ausgenommenen Geburtsgebrechen (UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 3 Rz. 53 mit weiteren Hinweisen).

5.2 Nach Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähig-

keit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (Bst. a); und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (Bst. b). Gemäss Abs. 1^{bis} besteht der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen unabhängig von der Ausübung einer Erwerbstätigkeit vor Eintritt der Invalidität. Bei der Festlegung der Massnahmen ist die gesamte noch zu erwartende Dauer des Erwerbslebens zu berücksichtigen. Laut Abs. 2 besteht der Anspruch auf Leistungen nach Massgabe der Art. 13 und 21 unabhängig von der Möglichkeit einer Eingliederung ins Erwerbsleben oder in den Aufgabenbereich. Nach Abs. 3 bestehen die Eingliederungsmassnahmen in: medizinischen Massnahmen (Bst. a); Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung (Bst. a^{bis}); Massnahmen beruflicher Art (Bst. b); der Abgabe von Hilfsmitteln (Bst. d).

5.3 Gemäss Art. 21 Abs. 2 IVG hat der Versicherte im Rahmen einer vom Bundesrat aufzustellenden Liste Anspruch auf jene Hilfsmittel, deren er für die Ausübung der Erwerbstätigkeit oder der Tätigkeit im Aufgabenbereich, zur Erhaltung oder Verbesserung der Erwerbsfähigkeit, für die Schulung, die Aus- und Weiterbildung oder zum Zwecke der funktionellen Angewöhnung bedarf. Kosten für Zahnprothesen, Brillen und Schuheinlagen werden nur übernommen, wenn diese Hilfsmittel eine wesentliche Ergänzung medizinischer Eingliederungsmassnahmen bilden. Der Versicherte, der infolge seiner Invalidität für die Fortbewegung, für die Herstellung des Kontaktes mit der Umwelt oder für die Selbstsorge kostspieliger Geräte bedarf, hat gestützt auf Abs. 2 im Rahmen einer vom Bundesrat aufzustellenden Liste ohne Rücksicht auf die Erwerbsfähigkeit Anspruch auf solche Hilfsmittel. Laut Abs. 3 werden die Hilfsmittel zu Eigentum oder leihweise in einfacher und zweckmässiger Ausführung abgegeben oder pauschal vergütet. Durch eine andere Ausführung verursachte zusätzliche Kosten hat der Versicherte selbst zu tragen. Ersetzt ein Hilfsmittel Gegenstände, die auch ohne Invalidität angeschafft werden müssen, so kann dem Versicherten eine Kostenbeteiligung auferlegt werden. Nach Abs. 4 kann der Bundesrat nähere Vorschriften erlassen, insbesondere über die pauschale Vergütung und über die Weiterverwendung leihweise abgegebener Hilfsmittel nach Wegfall der Anspruchsvoraussetzungen. In Art. 14 IVV hat der Bundesrat das Eidgenössische Departement des Innern (nachfolgend: Departement) beauftragt, eine Verordnung zu erlassen, die sowohl die Liste der im Rahmen von Art. 21 IVG abzugebenden Hilfsmittel als auch nähere Bestimmungen zu umfassen hat. Gestützt darauf hat das Departement die Verordnung über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Invalidenversicherung (HVI) mit anhangsweise aufgeführter Hilfsmittelliste erlassen.

6.

6.1 Die IV-Stelle prüft die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Art. 43 Abs. 1 ATSG, Art. 57 Abs. 3 IVG, Art. 69 IVV). Zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs stehen den IV-Stellen seit der 4. IV-Revision regionale ärztliche Dienste (RAD) zur Verfügung (Art. 59 Abs. 2^{bis} Satz 1 IVG). Die RAD sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2^{bis} Satz 3 IVG). Die IV-Stellen können auch Spezialisten beiziehen, die den Bedarf von Hilfsmitteln beurteilen und diese auch ausliefern (Art. 59 Abs. 3 IVG i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVV).

6.2 Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet für das Gericht, dass es alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt.

6.3 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Auch auf Stellungnahmen eines RAD kann nur abgestellt werden, sofern sie diesen beweisrechtlichen Anforderungen genügen. Zudem müssen die Ärztinnen und Ärzte des RAD über die im Einzelfall erforderlichen persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteile des BGer 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1; 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 mit weiteren Hinweisen). Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person persönlich untersucht wird. Das Fehlen eigener Untersuchungen vermag daher einen RAD-Bericht für sich alleine nicht in Frage

zu stellen. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen medizinischen Beurteilung als Bericht, Gutachten oder Stellungnahme (vgl. zum Ganzen die Urteile des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3; BGE 125 V 351 E. 3a und E. 3b/ee, je mit Hinweisen).

6.4 Im Sozialversicherungsrecht gilt grundsätzlich der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Dieser Grad übersteigt einerseits die Annahme einer blossen Möglichkeit bzw. einer Hypothese und liegt andererseits unter demjenigen der strikten Annahme der zu beweisenden Tatsache. Die Wahrscheinlichkeit ist insoweit überwiegend, als der begründeten Überzeugung keine konkreten Einwände entgegenstehen (KIESER, ATSG-Kommentar, a.a.O., Art. 43 Rz. 50; LOCHER/GÄCHTER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. 2014, § 70, Rz. 58 ff.).

7.

Es ist streitig und nachfolgend zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin die versicherungsmässigen Voraussetzungen erfüllt, um bei der schweizerischen IV Eingliederungsmassnahmen und damit auch Hilfsmittel beanspruchen zu können.

7.1

7.1.1 Art. 9 IVG (in der hier anwendbaren, seit 1. Januar 2008 gültigen Fassung; vgl. E. 4.2.4) regelt die versicherungsmässigen Voraussetzungen wie folgt: Die Eingliederungsmassnahmen werden in der Schweiz, ausnahmsweise auch im Ausland, gewährt (Abs. 1). Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen entsteht frühestens mit der Unterstellung unter die obligatorische oder die freiwillige Versicherung und endet spätestens mit dem Ende der Versicherung (Abs. 1^{bis}). Personen, die der Versicherung nicht oder nicht mehr unterstellt sind, haben höchstens bis zum 20. Altersjahr Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, sofern mindestens ein Elternteil: a. freiwillig versichert ist; oder b. während einer Erwerbstätigkeit im Ausland obligatorisch versichert ist: 1. nach Art. 1a Abs. 1 Bst. c AHVG, 2. nach Art. 1a Abs. 3 Bst. a AHVG, oder 3. auf Grund einer zwischenstaatlichen Vereinbarung. Abs. 3 regelt schliesslich die Rechtsstellung von ausländischen Staatsangehörigen mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt in der Schweiz.

Im Rahmen von Art. 9 Abs. 2 IVG wird somit vom Erfordernis der Versicherungsunterstellung der betroffenen Person selbst abgesehen. Allerdings nicht von dieser Ausnahmebestimmung erfasst werden im Ausland wohnhafte (und damit nicht schon nach Art. 1a Abs. 1 Bst. a AHVG i.V.m. Art. 1b IVG versicherte) Kinder obligatorisch versicherter Eltern, insbesondere Kinder in der Schweiz tätiger Grenzgänger. Diese Kinder können also nach innerstaatlichem Recht – unter Vorbehalt abweichender staatsvertraglicher Bestimmungen – mangels Befreiung vom Erfordernis der persönlichen Versicherungsunterstellung nicht in den Genuss von Eingliederungsmassnahmen kommen (SILVIA BUCHER, Eingliederungsrecht der Invalidenversicherung, 2011, S. 38 Rz. 66, nachfolgend: Eingliederungsrecht).

7.1.2 Bereits gemäss des bis 31. Dezember 2007 in Kraft gestandenen aArt. 22^{quater} Abs. 2 IVV hatten Personen, die der obligatorischen oder freiwilligen Versicherung nicht oder nicht mehr unterstellt waren, Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen höchstens bis zum 20. Altersjahr, sofern mindestens ein Elternteil freiwillig oder nach Art. 1a Abs. 1 Bst. c oder Abs. 3 AHVG oder auf Grund einer zwischenstaatlichen Vereinbarung während einer Erwerbstätigkeit im Ausland obligatorisch versichert war. Das Eidgenössische Versicherungsgericht (heute: BGer) entschied im Urteil I 169/03 vom 12. Januar 2005 (publiziert in: SVR 2005 IV Nr. 34 S. 125), dass die Nichtanwendung der Ausnahmebestimmung des aArt. 22^{quater} Abs. 2 IVV auf nicht der Versicherung unterstellte schweizerische Staatsangehörige, deren Vater oder Mutter als Grenzgänger in der Schweiz erwerbstätig und somit obligatorisch versichert sind, mit dem Anspruch auf rechtsgleiche Behandlung nicht vereinbar sei. Der Anwendungsbereich des aArt. 22^{quater} Abs. 2 IVV sei dahingehend auszudehnen, als das Recht auf medizinische Massnahmen – soweit diese in der Schweiz durchgeführt werden – auch diesen Personen zuzuerkennen sei. Als entscheidend für den rechtsgleichen Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen erachtete das Gericht den Umstand, dass das Kind der freiwilligen Versicherung nicht beitreten könne und die Eltern nicht die Möglichkeit hätten zu wählen, ob sie bei der Versicherung im Wohnsitzstaat oder in der Schweiz versichert sein wollen. Insofern bestehe exakt die gleiche Situation wie bei den in aArt. 22^{quater} Abs. 2 IVV genannten obligatorisch Versicherten.

7.1.3 Im Rahmen der 5. IV-Revision (in Kraft seit 1. Januar 2008) wurde die Bestimmung des aArt. 22^{quater} Abs. 2 IVV, obwohl im Urteil I 169/03 als zu eng empfunden, praktisch unverändert in Art. 9 Abs. 2 IVG normiert. Das Bundesgericht kam in BGE 137 V 167 (= Urteil 9C_1008/2010 vom 10. Mai 2011) zum Schluss, dass die bundesrechtskonforme Auslegung

von Art. 9 Abs. 2 IVG (ebenso wie von aArt. 22^{quater} Abs. 2 IVV) eine Ausdehnung des Anwendungsbereichs auf Kinder von Grenzgängern nicht zulässt. Laut diesem Urteil liegt auch kein Verstoss gegen Art. 23 des Übereinkommens vom 20. November 1989 über die Rechte des Kindes (KRK, SR 0.107) vor (E. 4). Die grundsätzliche Vereinbarkeit von Art. 9 Abs. 2 IVG mit dem in der Bundesverfassung verankerten Gleichheitsgrundsatz wurde nicht geprüft, da Bundesgesetze für das Bundesgericht und die übrigen rechtsanwendenden Behörden massgebend sind (Art. 190 BV; vgl. aber MARC M. HÜRZELER, Bemerkungen zu BGE 137 V 167, in: ZBJV 148/2012 S. 627, wonach Art. 9 Abs. 2 IVG eine nicht zu rechtfertigende Ungleichheit schafft, die Art. 8 BV nicht standhalten könnte).

7.1.4 Im Urteil 9C_1026/2010 vom 23. Dezember 2011 äusserte sich das Bundesgericht sodann zur Vereinbarkeit von Art. 9 Abs. 2 IVG mit dem europäischen Koordinationsrecht. In Weiterentwicklung des Urteils I 169/03 vom 12. Januar 2005 hielt es fest, dass für die Frage, ob sich die Beschwerdeführerin (ein in Frankreich Wohnhaftes Kind, das die Schweizer Staatsangehörigkeit besitzt und dessen Eltern in der Schweiz als Grenzgänger arbeiten) auf die im FZA bzw. in der VO Nr. 1408/71 verankerten Grundsätze wirksam berufen könne, sämtliche Tatsachen in Bezug auf den grenzüberschreitenden Charakter der Streitsache bekannt sein müssten. Das Bundesgericht führte aus, es sei abzuklären, ob die ärztlichen Behandlungen, für welche eine Rückerstattung verlangt werde, – in der Schweiz oder Frankreich – bereits abgeschlossen seien oder noch weiter andauern würden. Ebenfalls wichtig sei es, vollständige und präzise Angaben zum Versicherungsstatus der Beschwerdeführerin und deren Eltern – sowohl in der Schweiz wie auch in Frankreich – zu haben; insbesondere sei auch wichtig zu wissen, ob sie von ihrem Wahlrecht, welches ihnen erlaube, nicht der obligatorischen schweizerischen Krankenversicherung unterstellt zu sein, Gebrauch gemacht hätten. Diese Informationen seien für den Entscheid erforderlich, ob die beantragten Leistungen bewilligt werden könnten; diese würden im Übrigen ohne Zweifel vom Krankheitsbegriff gemäss der VO 1408/71 erfasst, was an der primären Leistungspflicht der IV für das Geburtsgebrechen aber nichts ändere. Wenn sich bewahrheite, dass die Beschwerdeführerin keinem nationalen Sozialversicherungssystem angegliedert sei und folglich trotz Wohnsitz in Frankreich dort nicht versichert sei, zeige sich die wesentliche Frage der Vereinbarkeit von Art. 9 Abs. 2 IVG mit dem europäischen Koordinationsrecht unter einem anderen Licht (E. 4).

7.2

7.2.1 Das Bundesverwaltungsgericht hielt im Urteil C-8580/2010 fest, dass die vom Bundesgericht (im Urteil 9C_1026/2010) entwickelten Kriterien grundsätzlich unabhängig davon zu berücksichtigen sind, ob die gerügte Ungleichbehandlung in einer Verordnung (aArt. 22^{quater} Abs. 2 IVV) oder in einem Gesetz (Art. 9 Abs. 2 IVG) verankert ist (E. 6.4). In E. 7 prüfte es sodann gestützt auf die genannten Kriterien, ob die Beschwerdeführerin einen Anspruch auf Leistungen der schweizerischen IV unter Berufung auf den Gleichheitsgrundsatz geltend machen kann, und kam zu folgendem Schluss:

Laut E. 7.7.1 ist zu ermitteln, ob die Beschwerdeführerin unter den geltend gemachten Geburtsgebrechen entsprechend den Definitionen des Schweizer Rechts leidet und welche medizinischen Behandlungen der geltend gemachten Geburtsgebrechen an welchen Orten (in der Schweiz oder in Deutschland) als Eingliederungsmassnahmen durchgeführt werden bzw. wurden.

Gemäss E. 7.7.2 sind sodann ergänzende Abklärungen betreffend den versicherungsmässigen Status der Beschwerdeführerin und ihrer Eltern in der Schweiz und in Deutschland für den zu beurteilenden Zeitraum vorzunehmen. Ferner ist abzuklären, ob der Vater der Beschwerdeführerin ebenfalls erwerbstätig ist und falls ja, wo er einer Erwerbstätigkeit nachgeht. Gegebenenfalls ist auch zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin infolgedessen in Deutschland Anspruch auf die beantragten Sach- bzw. Geldleistungen hat und ob diese tatsächlich gewährt werden.

In E. 7.8 hielt das Urteil schliesslich fest, dass keine Verletzung des Diskriminierungsverbots vorliegt, falls die Beschwerdeführerin in Deutschland Anspruch auf die entsprechenden Leistungen in Deutschland hat. Andernfalls ist laut Urteil eine Verletzung zu bejahen, sofern die Beschwerdeführerin bei Wohnsitz in der Schweiz Anspruch auf medizinische Massnahmen nach den Vorschriften des IVG hätte.

7.2.2 Die Mutter der Beschwerdeführerin teilte der Vorinstanz auf deren Ersuchen hin (Vorakten 61) mit E-Mail vom 11. April 2013 mit, dass ihr Ehemann im Jahre 2007 nicht erwerbstätig gewesen sei und sie bei der deutschen Rentenversicherung kein Gesuch eingereicht hätten (Vorakten 62, 64). Gleichzeitig schickte sie der Vorinstanz Kopien der Versicherungspolice zu, aus welchen hervorgeht, dass sie und die Beschwerdeführerin bei den Helsana Versicherungen AG in der Schweiz ab 1. Januar 2007 (Mutter)

bzw. 1. November 2007 (Beschwerdeführerin) obligatorisch krankenversichert sind (Vorakten 63). Die von der Vorinstanz ausserdem bei der Deutschen Rentenversicherung eingeholte Bescheinigung des Versicherungsverlaufs (Formular E 205 DE) belegt, dass der Vater der Beschwerdeführerin ab dem Jahre 1995 keine Versicherungszeiten infolge einer Erwerbstätigkeit zurückgelegt hat (Vorakten 66).

7.2.3 Schliesslich holte die Vorinstanz beim IV-Stellenarzt Dr. G. _____ eine Stellungnahme ein hinsichtlich der Frage, ob bei der Beschwerdeführerin ein Geburtsgebrechen gemäss der GgV vorliegt (Vorakten 76). In seiner Antwort vom 31. Dezember 2013 (Vorakten 77) teilte der IV-Stellenarzt mit, dass das Geburtsgebrechen Ziff. 395 aufgrund der abgelaufenen maximalen Gültigkeitsdauer nicht mehr in Frage komme, und das Geburtsgebrechen Ziff. 390 ebenfalls ausgeschlossen sei, weil die entsprechenden Bedingungen in keiner Weise erfüllt seien. Seiner Ansicht nach liegt kein Geburtsgebrechen im Sinne der GgV vor, sondern ein angeborenes Leiden ausserhalb der GgV, welches er mit Ziff. 503 codieren würde.

7.3

7.3.1 Gemäss der allgemeinen Regelung in Art. 19 Abs. 1 der VO Nr. 1408/71 erhält ein Arbeitnehmer oder Selbstständiger, der im Gebiet eines anderen Mitgliedstaats als des zuständigen Staates wohnt und die nach den Rechtsvorschriften des zuständigen Staates für den Leistungsanspruch erforderlichen Voraussetzungen, gegebenenfalls unter Berücksichtigung des Art. 18, erfüllt, in dem Staat, in dem er wohnt, a) Sachleistungen für Rechnung des zuständigen Trägers vom Träger des Wohnorts nach den für diesen Träger geltenden Rechtsvorschriften, als ob er bei diesem versichert wäre; b) Geldleistungen vom zuständigen Träger nach den für diesen Träger geltenden Rechtsvorschriften. Im Einvernehmen zwischen dem zuständigen Träger und dem Träger des Wohnorts können die Leistungen jedoch vom Träger des Wohnorts nach den Rechtsvorschriften des zuständigen Staates für Rechnung des zuständigen Trägers gewährt werden.

Art. 19 Abs. 1 der VO Nr. 1408/71 gilt entsprechend für Familienangehörige, die im Gebiet eines anderen als des zuständigen Staates wohnen, sofern sie nicht aufgrund der Rechtsvorschriften des Staates, in dessen Gebiet sie wohnen, Anspruch auf diese Leistungen haben (Art. 19 Abs. 2 Satz 1 der VO Nr. 1408/71).

Wohnen die Familienangehörigen im Gebiet eines Mitgliedstaats, nach dessen Rechtsvorschriften der Anspruch auf Sachleistungen nicht von Versicherungs- oder Beschäftigungsbedingungen abhängig ist, so gelten die ihnen gewährten Sachleistungen als für Rechnung des Trägers gewährt, bei dem der Arbeitnehmer oder Selbstständige versichert ist, es sei denn, dass sein Ehegatte oder die Person, die für die Kinder sorgt, eine Berufstätigkeit im Gebiet dieses Mitgliedstaats ausübt (Art. 19 Abs. 2 Satz 2 der VO Nr. 1408/71).

7.3.2 Nach der Sonderregelung in Art. 20 der VO Nr. 1408/71 kann ein Grenzgänger die Leistungen auch im Gebiet des zuständigen Staates erhalten. Diese Leistungen werden vom zuständigen Träger nach den Rechtsvorschriften dieses Staates erbracht, als ob der Grenzgänger dort wohnte. Die Familienangehörigen eines Grenzgängers können unter den gleichen Voraussetzungen Leistungen erhalten; die Gewährung dieser Leistungen ist jedoch – ausser in dringlichen Fällen – davon abhängig, dass zwischen den betreffenden Mitgliedstaaten oder zwischen den zuständigen Behörden dieser Staaten eine entsprechende Vereinbarung getroffen worden ist oder dass, in Ermangelung einer solchen Vereinbarung, der zuständige Träger vorher seine Genehmigung hierzu erteilt hat.

Aufgrund von Art. 20 der VO Nr. 1408/71 können sich Grenzgänger somit wahlweise im zuständigen Staat (also im Arbeitsland) oder im Wohnland behandeln lassen (Botschaft zur Genehmigung der sektoriellen Abkommen zwischen der Schweiz und der EG vom 23. Juni 1999; BBl 1999 6323). Demgegenüber können Familienangehörige – ausser bei Dringlichkeit oder vorgängiger Genehmigung durch den zuständigen Träger – gemäss Art. 20 der VO Nr. 1408/71 im zuständigen Staat Leistungen nur beanspruchen, wenn mit dem Wohnsitzstaat eine entsprechende Vereinbarung getroffen wurde. Aus dem Eintrag in Ziff. 4 des Anhangs VI (Schweiz) zur VO 1408/71 ergibt sich eine solche Abmachung der Schweiz (als Versicherungsstaat) mit gewissen EU-Staaten (BUCHER, *enfants de frontaliers*, a.a.O., S. 75 N. 53 mit Verweis auf: GEBHARD EUGSTER, *Krankenversicherung*, in: *Soziale Sicherheit*, Ulrich Meyer [Hrsg.], 2. Aufl. 2007, S. 572 f. N. 518 sowie EDGAR IMHOF, *Ausländerrechtliche und sozialversicherungsrechtliche Grundlagen der Beschäftigung von EU/EFTA-Ausländerinnen und EU/EFTA-Ausländern*, in: *Aktuelle Fragen des Sozialversicherungs- und Migrationsrechts aus der Sicht der KMU*, Paul Richli [Hrsg.], 2009, S. 110).

Ziff. 4 des Anhangs VI (Schweiz) zur VO 1408/71 besagt, dass für die Personen, die in Deutschland, Ungarn, Österreich, Belgien, Frankreich sowie den Niederlanden wohnen, jedoch in der Schweiz für Krankenpflege versichert sind, bei einem Aufenthalt in der Schweiz Art. 20 erster und zweiter Satz der VO 1408/71 sinngemäss gilt. Demnach haben die in den genannten EU-Ländern wohnhaften, aber in der Schweiz versicherten Personen das Recht, sich wahlweise in der Schweiz behandeln zu lassen (Botschaft, a.a.O., BBl 1999 6334, 6337). Das gilt mithin auch für die dort wohnhaften und in der Schweiz versicherten Familienangehörigen von Grenzgängern (vgl. Informationsschreiben des BSV vom 14. November 2003 über die Umsetzung des Freizügigkeitsabkommens im Bereich der Krankenversicherung/Vereinbarung mit Frankreich, S. 2, < <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung> > Internationales/EU/EFTA > Recht und Vollzug > Informationsschreiben an Kantone und Versicherer: Internationales, abgerufen am 10.3.2016; EUGSTER, a.a.O., S. 572 f. N. 518; IMHOF, a.a.O., S.110; BUCHER, enfants de frontaliers, a.a.O., S. 75 N. 53; MÉLANIE MADER, Avis de droit sur l'allocation d'organes à des personnes non domiciliées en Suisse au regard de l'Accord sur la libre circulation des personnes, Université de Neuchâtel, Institut de droit de la santé, 2011, S. 37, < <http://www.bag.admin.ch/transplantation> > Rechtliche Grundlagen > Gesetz > Gutachten, abgerufen am 10.3.2016). Diese versicherten Personen sind dann so zu behandeln, als wohnten sie in der Schweiz (Botschaft, a.a.O., BBl 1999 6334). In diesem Fall übernimmt der schweizerische Versicherer den Gesamtbetrag der in Rechnung gestellten Kosten (Ziff. 4 zweiter Satz des erwähnten Anhangs VI). Vom Behandlungswahlrecht erfasst sind auch Leistungen nach Massgabe des IVG (BUCHER, enfants de frontaliers, a.a.O., S. 75 f. N. 54; vgl. auch E. 3.4). Der Begriff Aufenthalt ist als vorübergehender Aufenthalt zu verstehen (Art. 1 Bst. i der VO 1408/71).

Die Beschwerdeführerin wohnt in Deutschland, ist in der Schweiz für Krankenpflege versichert (Vorakten 63/1-6; vgl. auch E. 7.4) und hat sich zwecks Anfertigung der hier streitigen Spezial-Halbschuhe für Orthesen vorübergehend in der Schweiz aufgehalten (Vorakten 48). Unter diesen Voraussetzungen kann die Beschwerdeführerin aufgrund von Art. 20 erster und zweiter Satz der VO 1408/71 in Verbindung mit Ziff. 4 des Anhangs VI (Schweiz) zur VO 1408/71 auch in der Schweiz entsprechende Leistungen erhalten.

7.3.3 Gemäss Art. 3 Abs. 1 der VO 1408/71 haben Personen, die im Gebiet eines Mitgliedstaats wohnen und für die diese Verordnung gilt, die gleichen

Rechte und Pflichten auf Grund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates, soweit besondere Bestimmungen dieser Verordnung nichts anderes vorsehen. Diese Regel verbietet nicht nur die auf die Staatsangehörigkeit gestützten offenkundigen Diskriminierungen (direkte Diskriminierung), sondern auch alle verdeckten Formen der Diskriminierung, die durch die Anwendung anderer Unterscheidungskriterien tatsächlich zum gleichen Ergebnis führen (indirekte Diskriminierung). Ausser wenn sie objektiv gerechtfertigt und in Bezug auf das anvisierte Ziel verhältnismässig ist, ist eine Bestimmung des Landesrechts als indirekt diskriminierend zu betrachten, wenn sie ihrer Natur nach geeignet ist, die Staatsangehörigen anderer Mitgliedstaaten stärker zu beeinträchtigen als die eigenen Bürger, und wenn folglich die Gefahr besteht, dass insbesondere die Ersteren benachteiligt werden. Dies ist der Fall bei einer Voraussetzung, die durch inländische Arbeitnehmer leichter erfüllt werden kann als durch Wanderarbeitnehmer. Derselbe Diskriminierungsbegriff liegt auch Art. 2 FZA zugrunde (BGE 136 V 182 E. 7.1 mit Hinweisen; BUCHER, *enfants de frontaliers*, a.a.O., S. 62 N. 11 ff.).

Das in Art. 3 Abs. 1 der VO 1408/71 staatsvertraglich verankerte Diskriminierungsverbot ist direkt anwendbar und hat gemäss Bundesgericht Vorrang vor der betroffenen innerstaatlichen Bestimmung (vgl. BGE 131 V 390 E. 5.2 mit Hinweisen; SILVIA BUCHER, *Das FZA und Anhang K des EFTA-Übereinkommens in der sozialrechtlichen Rechtsprechung des Bundesgerichts* [1. Teil], in: Epiney/Gammenthaler [Hrsg.], *Schweizerisches Jahrbuch für Europarecht 2008/2009*, 2009, S. 390 mit weiteren Hinweisen, nachfolgend: *Rechtsprechung 1*). Sieht das nationale Recht eine gemeinschaftsrechtlich unzulässige diskriminierende Behandlung verschiedener Personengruppen vor, haben die Angehörigen der benachteiligten Gruppe Anspruch auf die gleiche Behandlung und auf die Anwendung der gleichen Regelung wie die übrigen Betroffenen, wobei diese Regelung, solange das nationale Recht nicht diskriminierungsfrei ausgestaltet ist, das einzig gültige Bezugssystem bleibt (BGE 132 V 82 E. 5.5; 131 V 209 E. 7).

Die Beschwerdeführerin kann sich somit auf Art. 3 Abs. 1 der VO 1408/71 berufen, zumal in den besonderen Bestimmungen der VO 1408/71 nichts anderes vorgesehen ist (vgl. E. 7.3.2) und auch nicht erwerbstätigte Personen bzw. Kinder von Erwerbstätigen erfasst sind (BGE 133 V 320 E. 5.5; 133 V 624 E. 3.2 f.; BUCHER, *enfants de frontaliers*, a.a.O., S. 66 N. 28; vgl. auch E. 3.4 vorne). Im Folgenden ist daher zu prüfen, ob die Anwendung von Art. 9 Abs. 2 IVG vorliegend (direkt oder indirekt) diskriminierend ist.

7.4 Es ist aktenmässig erstellt, dass die Mutter der Beschwerdeführerin seit deren Geburt als Grenzgängerin in der Schweiz bei der schweizerischen AHV/IV obligatorisch versichert ist (Art. 1a Abs. 1 Bst. b AHVG, Vorakten 39, 52/4) und seither in der Schweiz auch (obligatorisch) krankenversichert ist (Vorakten 63/4-14). Von ihrem Wahlrecht, aus der schweizerischen Krankenversicherung entlassen zu werden, hat sie somit keinen Gebrauch gemacht (vgl. dazu Anhang VI Schweiz Ziff. 3 Bst. b der VO 1408/71). Auch die Beschwerdeführerin ist seit Geburt bzw. 1. November 2007 in der Schweiz (obligatorisch) krankenversichert (Anhang VI Schweiz Ziff. 3 Bst. a/iv der VO 1408/71, Vorakten 63/1-6). Aufgrund der Akten ist davon auszugehen, dass die in Deutschland bei ihren Eltern wohnhafte Beschwerdeführerin in ihrem Wohnsitzstaat keiner Sozialversicherung angehört, zumal für sie kein Gesuch um Befreiung von der Krankenversicherungspflicht in der Schweiz gestellt wurde, ihr Vater in Deutschland nicht erwerbstätig ist (Vorakten 66) und dort auch keine entsprechenden Leistungen beantragt oder zugesprochen wurden (Vorakten 64). Die vergangenen und laufenden Behandlungen und Massnahmen erfolgten, soweit aus den Akten ersichtlich (vgl. Vorakten 7-8, 15-16, 24-25), mehrheitlich in der Schweiz. Gleiches gilt für die hier streitigen Spezial-Halbschuhe für Orthesen (Vorakten 48).

Aus diesen Umständen folgt, dass die Beschwerdeführerin, falls ihr die beantragten (schweizerischen) IV-Leistungen mangels Versicherungsunterstellung nicht gewährt würden, an ihre schweizerische Krankenversicherung gelangen (vgl. Art. 27 KVG, SR 832.10) und sich dann gegebenenfalls an den entsprechenden Kosten finanziell beteiligen müsste (vgl. Art. 64 KVG; Botschaft, a.a.O., BBl 1999 6337). Darin läge aber eine nicht gerechtfertigte und unverhältnismässige indirekte Diskriminierung im Sinne von Art. 3 Abs. 1 der VO 1408/71, da im Vergleich zu anderen Personen mit sonst identischen Voraussetzungen einzig der deutsche Wohnort der Beschwerdeführerin bzw. der grenzüberschreitende Sachverhalt zur Nichtanwendung des IVG führen würde (BUCHER, *enfants de frontaliers*, a.a.O., S. 76 N. 57, vgl. auch S. 70 N. 37, 40 sowie dieselbe, *Rechtsprechung 1*, a.a.O., S. 416). Von dieser Ungleichbehandlung wären im Ergebnis Staatsangehörige eines Mitgliedstaats der EU häufiger betroffen als schweizerische Staatsangehörige, weil sie vermehrt als Grenzgänger in der Schweiz tätig sind (BUCHER, *enfants de frontaliers*, a.a.O., S. 76 N. 57; MADER, a.a.O., S. 49). Eine Ungleichbehandlung gestützt auf das Wohnsitzkriterium wäre zudem nicht vereinbar mit Art. 20 erster und zweiter Satz der VO 1408/71 in Verbindung mit Ziff. 4 des Anhangs VI (Schweiz) zur VO 1408/71, wonach in Deutschland wohnhafte, aber in der Schweiz für Krankenpflege versicherte Personen gleichzubehandeln sind wie Personen mit

Wohnsitz in der Schweiz (vgl. E. 7.3.2; MADER, a.a.O., S. 45). Schliesslich ist zu berücksichtigen, dass im vorliegenden Fall – anders als in BGE 137 V 167, aber wie im Urteil I 169/03 – weder die Beschwerdeführerin noch ihre Mutter die Möglichkeit hatten, der freiwilligen Versicherung beizutreten und auf diesem Weg zu der beantragten IV-Leistung zu gelangen (vgl. Art. 2 Abs. 1 AHVG i.V.m. Art. 9 Abs. 1^{bis} und 2 IVG).

Aus dem Gesagten ergibt sich, dass im vorliegenden Fall die Anwendung von Art. 9 Abs. 2 IVG – gestützt auf die dargelegte bundesgerichtliche Rechtsprechung und Lehre – mit Art. 3 Abs. 1 sowie Art. 20 erster und zweiter Satz in Verbindung mit Ziff. 4 des Anhangs VI (Schweiz) der VO 1408/71 nicht vereinbar ist und zu einer unzulässigen Diskriminierung führt. Die Beschwerdeführerin ist deshalb als der schweizerischen AHV/IV unterstellt zu betrachten, wie wenn sie in der Schweiz Wohnsitz hätte (vgl. Art. 1b IVG i.V.m. Art. 1a Abs. 1 Bst. a AHVG; BUCHER, *enfants de frontaliers*, a.a.O., S. 70 N. 40; vgl. auch dieselbe, *Das FZA und Anhang K des EFTA-Übereinkommens in der sozialrechtlichen Rechtsprechung des Bundesgerichts* [2. Teil], in: Epiney/Gammenthaler [Hrsg.], *Schweizerisches Jahrbuch für Europarecht 2009/2010*, 2010, S. 455 mit Hinweis auf BGE 133 V 265 E. 5.2). Die versicherungsmässigen Voraussetzungen der Beschwerdeführerin zur Geltendmachung von Eingliederungsmassnahmen und damit auch von Hilfsmitteln sind somit als erfüllt zu betrachten.

7.5 Wie vorne dargelegt (E. 4.2.4), können die hier zur Diskussion stehenden Spezial-Halbschuhe für Orthesen als Hilfsmittel im Sinne von Ziff. 4.03 ("Orthopädische Spezialschuhe") des HVI-Anhangs qualifiziert werden. Dass gemäss den IV-Stellenärzten bei der Beschwerdeführerin ein Geburtsgebrechen (Ziff. 503 der Codes zur Gebrechens- und Leistungsstatistik, gültig ab 1. Januar 2009) besteht (Vorakten 34, 77), welches in der GgV nicht erwähnt wird, ist bei Hilfsmitteln im Sinne von Art. 21 ff. IVG – anders als bei medizinischen Massnahmen zur Behandlung von Geburtsgebrechen (Art. 13 Abs. 2 IVG) – nicht entscheidend. Erforderlich ist indessen, dass die Hilfsmittel bzw. die hier in Frage stehenden Spezial-Halbschuhe für Orthesen aufgrund des Gesundheitsschadens (invaliditätsbedingt) notwendig sind und der Eingliederung (Sozialrehabilitation) der minderjährigen Beschwerdeführerin dienen (Art. 21 Abs. 2 IVG, Art. 2 Abs. 1 HVI). Das Hilfsmittel muss also eingliederungswirksam sein (vgl. dazu BUCHER, *Eingliederungsrecht*, a.a.O., S. 206 ff. Rz. 354 ff.). Weiter besteht nur ein Anspruch auf Hilfsmittel in einfacher und zweckmässiger Ausführung (Art. 8 Abs. 1 und Art. 21 Abs. 3 erster Satz IVG, Art. 2 Abs. 4 HVI in der bis Ende 2012 gültig gewesenen Fassung). Die Vorinstanz hat die entsprechenden

Anspruchsvoraussetzungen hinsichtlich der streitigen Spezial-Halbschuhe für Orthesen aber nicht geprüft (vgl. dazu das Kreisschreiben über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Invalidenversicherung [KHMI; gültig ab 1. Januar 2008] Rz. 1059 ff.). Aufgrund der Akten ist sogar unklar, für welche Orthesen die Schuhe überhaupt benötigt werden. Ob damit die propriozeptiven Knöchelorthesen gemeint sind, für welche ein Kostenvoranschlag aktenkundig ist (Vorakten 45), steht nicht fest. Hinsichtlich der Spezial-Halbschuhe liegt zwar ein am 1. November 2010 ausgestelltes Rezept von Prof. Dr.med. R. Brunner, Leitender Arzt, Neuroorthopädische Abteilung der Kinderorthopädischen Universitätsklinik, Basel, vor. Darin sind jedoch keine weiteren Ausführungen enthalten (Vorakten 49). Auch der medizinische Dienst der IV-Stelle äusserte sich nicht weiter zu den besagten Schuhen (vgl. Vorakten 77). Da in Bezug auf die Anspruchsvoraussetzungen für die von der Beschwerdeführerin – im konnexen Verfahren C-1277/2014 – beantragten medizinischen Massnahmen ein fachärztliches Gutachten einzuholen ist (vgl. E. 7.5 des Urteils des BVGer C-1277/2014), hat sich dieses Gutachten gleichzeitig auch zu den Anspruchsvoraussetzungen für die hier streitigen Spezial-Halbschuhe für Orthesen zu äussern. Für die fachtechnische Beurteilung der beantragten orthopädischen Schuhe kann die Vorinstanz nötigenfalls weitere Spezialisten beiziehen (vgl. KHMI Rz. 3010 ff.).

Die angefochtene Verfügung beruht somit auf einem unvollständig ermittelten Sachverhalt (Art. 12 und Art. 49 Bst. b VwVG sowie Art. 43 ATSG), weshalb über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin nicht entschieden werden kann. Die Sache ist folglich gestützt auf Art. 61 Abs. 1 VwVG zur weiteren Abklärung bzw. Vervollständigung der Akten und Neuurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Die Rückweisung zur weiteren Abklärung ist ohne weiteres möglich, da relevante Fragen bisher vollständig ungeklärt blieben (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4).

8.

Die Beschwerde ist damit in dem Sinne gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 26. September 2013 aufzuheben ist und die Akten an die Vorinstanz zurückzuweisen sind, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen über den Leistungsanspruch neu verfüge.

9.

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteient-schädigung.

9.1 Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall der Beschwerdeführerin keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Es ist ihr daher der geleistete Verfahrenskostenvorschuss von Fr. 400.- nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

9.2 Die Beschwerdeinstanz kann der ganz oder teilweise obsiegenden Partei von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG, Art. 7 Abs. 1, 2 und 4 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE], SR 173.320.2). Da die obsiegende Beschwerdeführerin vorliegend nicht anwaltlich vertreten ist und ihr aufgrund der Aktenlage auch keine notwendigen, verhältnismässig hohen Kosten entstanden sind, wird ihr keine Parteientschädigung zugesprochen. Als Bundesbehörde hat die unterliegende Vorinstanz keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen über den Leistungsanspruch neu verfüge.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Der Beschwerdeführerin wird der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 400.- nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet.

3.

Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4.

Dieses Urteil geht an:

- die Beschwerdeführerin (Einschreiben mit Rückschein; Beilage: Formular Zahladresse)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. _____)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Daniel Stufetti

Patrizia Levante

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden, sofern die Voraussetzungen gemäss Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG gegeben sind. Die Rechtschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie der Beschwerdeführer in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: