



**Fall-Nr.:** IV 2017/233  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 25.09.2019  
**Entscheiddatum:** 05.09.2018

### **Entscheid Versicherungsgericht, 05.09.2018**

**Art. 14 IVG. Art. 49 ATSG. Art. 58 IVG. Rein elektronische und nur gegenüber dem Leistungserbringer eröffnete Verweigerung der Vergütung von Kosten im Zusammenhang mit einem anerkannten Geburtsgebrechen sind weder Verfügungen noch Mitteilungen, sondern bloss faktisches Verwaltungshandeln (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 5. September 2018, IV 2017/233).**

Besetzung

Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiber Tobias Bolt

Geschäftsnr.

IV 2017/233

Parteien

**A.\_\_\_\_,**

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Laurent Häusermann,

Amparo Anwälte und Notare, Neugasse 26, Postfach 148,

9001 St. Gallen,

gegen



**IV-Stelle des Kantons St. Gallen**, Postfach 368, 9016 St. Gallen,

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**medizinische Massnahmen**

**Sachverhalt**

A.

A.a A.\_\_\_\_ wurde im September 2009 unter Hinweis auf ein Geburtsgebrechen zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung angemeldet (IV-act. 1). Die Kinder- und Jugendpsychiaterin med. pract. B.\_\_\_\_ berichtete im Dezember 2009 (IV-act. 8), die Versicherte leide an einem psychoorganischen Syndrom im Sinne der Ziff. 404 Anh. GgV. Im August 2009 sei eine ergotherapeutische Behandlung begonnen worden. Diese werde medikamentös und mit einer Erziehungsberatung unterstützt. Mit einer Mitteilung vom 11. Februar 2010 stellte die IV-Stelle fest, dass die Versicherte am Geburtsgebrechen Ziff. 404 Anh. GgV litt (IV-act. 13).

A.b Im Februar 2010 teilten die Psychologin lic. phil. C.\_\_\_\_ und der leitende Arzt Dr. med. D.\_\_\_\_ von den kinder- und jugendpsychiatrischen Diensten E.\_\_\_\_ mit (IV-act. 17), die Versicherte sei wegen gehäuften Konflikten mit ihrer Mutter und erschwerten Kontakten zu Gleichaltrigen in der Schule und in der Freizeit zur Behandlung angemeldet worden. Das diagnostizierte Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) werde durch eine Disharmonie der Kindseltern und durch eine psychische Belastung der Mutter begleitet. Aktuell würden eine wöchentliche Psychoeinzeltherapie, therapiebegleitende Muttergespräche (alle drei Wochen) und therapiebegleitende Elterngespräche (monatlich) durchgeführt. Mit einer Mitteilung vom 12. April 2010 erteilte die IV-Stelle eine Kosten-gutsprache für eine ambulante Psychotherapie zur Behandlung des anerkannten Geburtsgebrechens Ziff. 404 Anh. GgV durch die kinder- und jugendpsychiatrischen Dienste für den Zeitraum vom 19. September 2009 bis zum 30. September 2011 (IV-act. 19).



A.c Im November 2011 berichteten lic. phil. C.\_\_\_\_ und die Oberärztin Dr. med. E.\_\_\_\_ von den kinder- und jugendpsychiatrischen Diensten (IV-act. 32), in den vergangenen Jahren seien verschiedene therapeutische Erfolge erzielt worden; die Entwicklung sei insgesamt positiv verlaufen. Auf dem Hintergrund der Kernsymptomatik habe sich allerdings eine deutliche reaktive emotionale Problematik entwickelt. Die Psychoeinzeltherapie werde wohl noch für mindestens zwei Jahre weitergeführt werden müssen. Mit zwei Mitteilungen vom 20. Januar 2012 verlängerte die IV-Stelle ihre Kostengutsprache für die ambulante Ergotherapie bis zum 31. August 2012 und jene für die ambulante Psychotherapie bis zum 30. September 2013 (IV-act. 34 f.). Nachdem med. pract. B.\_\_\_\_ und die behandelnde Ergotherapeutin berichtet hatten, dass die Versicherte von einem weiteren Jahr Ergotherapie profitieren würde (IV-act. 37), verlängerte die IV-Stelle ihre entsprechende Kostengutsprache mit einer Mitteilung vom 2. Juli 2012 für die Zeit bis zum 31. August 2013 (IV-act. 39). Mit einer Mitteilung vom 22. Oktober 2013 verlängerte die IV-Stelle ihre Kostengutsprache für die ambulante Psychotherapie für die Zeit bis zum 31. Mai 2014 (IV-act. 41). Am 20. Juni 2014 erliess sie eine weitere Mitteilung, mit der sie ihre grundlegende Kostengutsprache für die zur Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 404 Anh. GgV notwendigen medizinischen Massnahmen für die Zeit bis zum 31. Mai 2019 und die Kostengutsprache für die Psychotherapie für die Zeit bis zum 31. Mai 2016 verlängerte (IV-act. 44).

A.d Am 5. April 2016 empfahl der Schulpsychologe lic. phil. G.\_\_\_\_ eine Sonderschulung der Versicherten in einer Schule für Kinder mit schwerwiegenden Lern- und Verhaltensschwierigkeiten (IV-act. 51). Zur Begründung führte er an, die Versicherte habe bereits in der Mittelstufe in eine Kleinklasse wechseln müssen. Von diesem Schritt habe sie in der Folge erheblich profitieren können. Angesichts der weiter bestehenden Schwierigkeiten bezüglich des sozialen Verhaltens und der Lernfähigkeit benötige die Versicherte weiterhin eine individualisierte Beschulung. Am 17. August 2016 berichtete Dr. med. E.\_\_\_\_ (IV-act. 53), in der Therapie hätten weitere Fortschritte erzielt werden können. Der Übertritt in die Oberstufe sei erfolgreich gemeistert worden. Im Fokus der Behandlung habe neben der Psychotherapie die familiäre Interaktionsproblematik gestanden. Die diesbezüglichen Massnahmen seien von einer Sozialarbeiterin unter ärztlicher Begleitung durchgeführt worden. Jener Teil der Behandlung sei über die Krankenkasse abgerechnet worden; diese habe sich bislang



## St.Galler Gerichte

aber unter Berufung auf die Anerkennung des Geburtsgebrechens Ziff. 404 Anh. GgV durch die IV-Stelle geweigert, die Kosten zu bezahlen. Mit einer Mitteilung vom 2. Februar 2017 verlängerte die IV-Stelle ihre Kostengutsprache für die ambulante Psychotherapie für die Zeit bis zum 31. Mai 2018 (IV-act. 69).

A.e Am 9. März 2017 liess die nun anwaltlich vertretene Versicherte die Vergütung der Kosten für die Behandlungen im Zeitraum vom 21. Januar 2015 bis zum 15. Dezember 2016 sowie einen Zins von fünf Prozent seit dem 9. März 2017 beantragen (IV-act. 78). Ihr Rechtsvertreter machte geltend, zufolge der verbindlichen Anerkennung des Geburtsgebrechens Ziff. 404 Anh. GgV habe die Invalidenversicherung für sämtliche Behandlungskosten aufzukommen. Das gelte auch für die der Eingabe beigelegten Rechnungen für die Behandlung durch die ärztlich beaufsichtigte Sozialarbeiterin (IV-act. 80). Ein Sachbearbeiter der IV-Stelle notierte am 24. März 2017 (IV-act. 83), die zentrale Ausgleichsstelle (ZAS) habe telefonisch angegeben, dass sie solche Rechnungen „fast täglich“ zurückweise. Im TARMED sei nämlich vorgesehen, dass die Invalidenversicherung die Kosten für Behandlungen unter der Tarifziffer 02.0310 – 02.360 (Leistungen durch nicht-medizinisches Personal) nicht zu übernehmen habe. Selbst bei einer „gültigen Verfügung“ der Invalidenversicherung sei die obligatorische Krankenpflegeversicherung dafür leistungspflichtig. Mit einem Vorbescheid vom 7. April 2017 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie die Abweisung des Leistungsbegehrens für Abrechnungen „mit nicht IV-konformen Tarifpositionen TARMED“ vorsehe (IV-act. 87). Zur Begründung führte sie an, der schweizweit massgebende TARMED sehe Tarifpositionen vor, für die die Invalidenversicherung eine Leistungspflicht treffe; die abgerechneten Leistungen gehörten nicht zu jenen Positionen. Ausserdem habe die behandelnde Ärztin angegeben, dass die Behandlung von einer Sozialarbeiterin durchgeführt werde und dass die Kosten zulasten der Krankenpflegeversicherung abgerechnet würden. Dagegen liess die Versicherte am 28. April 2017 einwenden (IV-act. 88), die IV-Stelle habe sich gar nicht materiell zur Leistungspflicht geäussert. Diesbezüglich müsse ein weiterer Vorbescheid ergehen. Ausserdem habe die IV-Stelle mitzuteilen, unter welchen Tarifpositionen die fraglichen Leistungen abgerechnet werden müssten, damit sie von der Invalidenversicherung vergütet werden könnten. Mit einer Verfügung vom 17. Mai 2017 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab (IV-act. 89). Bezugnehmend auf die Eingabe vom 28. April 2017



führte sie aus, sie vergüte nur die medizinischen Leistungen. Die Massnahmen der Sozialarbeiterin zählten nicht dazu.

B.

B.a Am 21. Juni 2017 liess die Versicherte (nachfolgend: die Beschwerdeführerin) eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 17. Mai 2017 erheben (act. G 1). Ihr Rechtsvertreter beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Vergütung der Kosten für die Behandlungen in der Zeit vom 21. Januar 2015 bis zum 15. Dezember 2016 nebst Zins zu fünf Prozent seit dem 9. März 2017. Zur Begründung führte er an, die IV-Stelle (nachfolgend: die Beschwerdegegnerin) habe ihre Leistungspflicht in Bezug auf die medizinische Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 404 Anh. GgV verbindlich anerkannt. Auch medizinische Leistungen, die von medizinischen Hilfspersonen erbracht würden, gingen folglich zulasten der Beschwerdegegnerin. Der Katalog der medizinischen Hilfspersonen sei nicht abschliessend formuliert; auch Sozialarbeiterinnen könnten deshalb als medizinische Hilfspersonen qualifiziert werden. Der Beschwerde lag unter anderem ein Schreiben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 24. April 2015 bei (act. G 1.16), mit dem diese ihre Leistungspflicht für die fragliche Behandlung verneint hatte. Zur Begründung hatte sie ausgeführt, dass grundsätzlich die Invalidenversicherung für die Behandlungskosten aufzukommen habe, da ein anerkanntes Geburtsgebrehen vorliege. Soweit es sich um pädagogische und nicht um medizinische Leistungen handle, seien weder die Invalidenversicherung noch die Krankenpflegeversicherung leistungspflichtig.

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragte am 9. Oktober 2017 die Abweisung der Beschwerde (act. G 6). Zur Begründung führte sie an, eine Sozialarbeiterin verfüge über keine medizinische Ausbildung, werde vom KVG nicht als Leistungserbringer bezeichnet und erbringe auch keine medizinischen Leistungen. Folglich treffe die Invalidenversicherung diesbezüglich keine Leistungspflicht.

B.c Die Beschwerdeführerin liess am 7. März 2018 an ihrem Antrag festhalten (act. G 17). Eventualiter beantragte sie zusätzlich, dass die Beschwerdegegnerin vom Gericht verpflichtet werde mitzuteilen, wie die Leistungen für die fraglichen Behandlungen zu



## St.Galler Gerichte

verrechnen seien. Zur Begründung führte ihr Rechtsvertreter aus, die behandelnde Sozial-arbeiterin verfüge über eine relevante Zusatzqualifikation der „Marte Meo“-Methode und über eine Ausbildung in systemischer Beratung und Therapie. Sie habe unter der Aufsicht von Dr. E.\_\_\_\_ eine Therapie nach der „Marte Meo“-Methode durchgeführt und damit relevante Erfolge erzielt. Der Replik lag eine Stellungnahme von Dr. E.\_\_\_\_ vom 30. November 2017 bei (act. G 17.2), in der diese geltend gemacht hatte, die fraglichen Behandlungsleistungen seien medizinischer Natur gewesen.

B.d Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (act. G 19).

B.e Am 15. Mai 2018 forderte das Versicherungsgericht die Akten der Zentralen Ausgleichsstelle (ZAS) bei der Beschwerdegegnerin an (act. G 21). Am 12. Juni 2018 gab die Beschwerdegegnerin an (act. G 23), die ganze Rechnungsabwicklung zwischen den kinder- und jugendpsychiatrischen Diensten und der ZAS geschehe vollelektronisch, weshalb bei der Beschwerdegegnerin und wohl auch bei der ZAS gar keine physischen Akten existierten. Die zuständige Sachbearbeiterin habe aber Abbilder von den entsprechenden Bildschirmmasken angefertigt (act. G 23.1). Die Beschwerdeführerin liess sich hierzu nicht vernehmen.

## Erwägungen

1.

1.1 Laut dem Art. 13 Abs. 1 IVG hat eine versicherte Person bis zur Vollendung des 20. Altersjahres einen Anspruch auf die zur Behandlung eines Geburtsgebrechens notwendigen medizinischen Massnahmen. Diese medizinischen Massnahmen umfassen gemäss dem Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG insbesondere jene Behandlung, die von einem Arzt selbst oder auf seine Anordnung durch medizinische Hilfspersonen vorgenommen wird. Die Beschwerdegegnerin hat mit einer Mitteilung vom 20. Juni 2014 festgestellt, dass die Beschwerdeführerin am Geburtsgebrehen Ziff. 404 Anh. GgV gelitten und deshalb einen (grundsätzlichen) Anspruch auf die Vergütung der Kosten der zur Behandlung dieses Geburtsgebrechens notwendigen medizinischen Massnahmen (bis längstens am 31. Mai 2019) gehabt hat. Die Mitteilung vom 20. Juni 2014 hat aber auch die Feststellung enthalten, dass eine Behandlungsbedürftigkeit



vorliege und dass die Beschwerdeführerin deshalb (insbesondere) einen Anspruch auf die Vergütung der Kosten der damals laufenden Psychotherapie für die Zeit bis zum 31. Mai 2016 gehabt hat. Schliesslich hat die Mitteilung vom 20. Juni 2014 die Feststellung enthalten, dass es sich bei den kinder- und jugendpsychiatrischen Diensten um eine geeignete Durchführungsstelle für die Psychotherapie gehandelt hat. Da die Beschwerdeführerin jene Mitteilung akzeptiert respektive keine anfechtbare Verfügung verlangt hat, ist diese – für die Parteien und auch für das Gericht – verbindlich geworden. Im vorliegenden Verfahren kann folglich nicht überprüft werden, ob ein anerkanntes Geburtsgebrechen vorliege, ob die Beschwerdeführerin behandlungsbedürftig sei oder ob die Beschwerdeführerin in der Zeit bis zum 31. Mai 2016 einen Anspruch auf die Vergütung der Kosten der ambulanten Psychotherapie durch die kinder- und jugendpsychiatrischen Dienste gehabt habe. Das bedeutet aber nicht, dass die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Mitteilung vom 20. Juni 2014 verpflichtet wäre, sämtliche Rechnungen der kinder- und jugendpsychiatrischen Dienste, also auch diejenigen für die Leistungen der Sozialarbeiterin, zu begleichen. Die genannten drei verbindlichen Feststellungen in dieser Mitteilung haben nämlich die Frage, ob es sich bei den Leistungen der Sozialarbeiterin um vergütungsfähige medizinische Massnahmen handle, nicht beschlagen. Das bedeutet, dass die Mitteilung in dieser Frage keinen vollständigen Rechtssyllogismus enthält, der auch die Leistungen der Sozialarbeiterin umfassen würde und damit eine rechtsgestaltende Rechtsfolgenanordnung (Zahlungspflicht bzw. keine Zahlungspflicht der Beschwerdegegnerin) enthalten würde. Der in diesem Punkt noch unvollständige Rechtssyllogismus ist noch durch die Antwort auf die Frage zu ergänzen, ob die Leistungen der Sozialarbeiterin wissenschaftlich, zweckmässig und wirtschaftlich gewesen sind, m.a.W. ob die Leistungen der Sozialarbeiterin die gesetzlichen Voraussetzungen für eine Kostenpflichtigkeit erfüllt haben. Das Beschwerdeverfahren muss sich aufgrund der auch für das Gericht verbindlichen drei Feststellungen in der Mitteilung vom 20. Juni 2014 (anerkanntes Geburtsgebrechen Ziff. 404 Anh. GgV, ausgewiesener Psychotherapiebedarf und Anerkennung der KJPD als sog. Durchführungsstelle) auf die Beantwortung der Frage beschränken, ob die Beschwerdegegnerin (auch) die Kosten für die von der Kinder- und Jugendpsychiaterin Dr. E.\_\_\_\_ in die Wege geleitete Behandlung durch die Sozialarbeiterin zu vergüten habe.



1.2 Damit stellt sich allerdings die Frage nach dem Anfechtungsgegenstand. Tatsächlich hat die Beschwerdegegnerin nämlich die Vergütung der hier streitigen Kosten nicht erst mit der angefochtenen Verfügung vom 17. Mai 2017, sondern schon viel früher verweigert, indem sie – respektive die ZAS – die entsprechenden elektronisch eingereichten Rechnungen der kinder- und jugendpsychiatrischen Dienste retourniert hat, was offenbar im Januar 2014, im Januar 2015, im März 2015, im Mai 2015, im Juli 2015, im Mai 2016, im Juli 2016, im November 2016 und im März 2017 geschehen ist (vgl. act. G 23.1). Da diese Zahlungs- bzw. Leistungsverweigerungen nicht schriftlich, sondern nur rein elektronisch erfolgt sind und da sie (auf elektronischem Wege) nur dem Leistungserbringer (bzw. der sog. Durchführungsstelle) mitgeteilt worden sind, hat die Beschwerdeführerin keine Kenntnis davon haben können. Verfahrensrechtlich können die elektronischen Leistungsverweigerungen nur schon wegen der fehlenden Eröffnung an die Beschwerdeführerin nicht als verbindliche Auskünfte oder rechtskräftfähige Mitteilungen (Art. 58 IVG i.V.m. Art. 74ter bzw. 74quater IVV) qualifiziert werden. Indem die Beschwerdegegnerin eine Kostenvergütung bloss elektronisch und nur gegenüber dem Leistungserbringer verweigert hat, hat sie rein faktisch und nicht verfügungsmässig gehandelt. Wann genau die Beschwerdeführerin doch noch Kenntnis von diesen Leistungsverweigerungen erhalten hat, lässt sich retrospektiv nicht mehr eindeutig bestimmen. Das schadet allerdings nicht, denn mangels eines Mitteilungs- oder Verfügungscharakters haben die elektronischen Leistungsverweigerungen gar nicht verbindlich werden können. Zudem kann ohne weiteres davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin nach der Kenntnisnahme der Leistungsverweigerungen relativ rasch auf diese reagiert und den Erlass einer anfechtbaren Verfügung verlangt hat. Die Beschwerdegegnerin (und nicht etwa die ZAS) ist gestützt auf den Art. 49 Abs. 1 ATSG verpflichtet gewesen, über das Begehren um die Vergütung der hier streitigen Kosten zu verfügen, was sie dann schliesslich am 17. Mai 2017 auch getan hat. Ihr Vorgehen ist folglich als gesetzmässig zu qualifizieren. Damit steht fest, dass die Verfügung vom 17. Mai 2017 den Anfechtungsgegenstand dieses Beschwerdeverfahrens bildet. Da die Beschwerde gegen diese Verfügung form- und fristgerecht erhoben worden ist und da das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen zur Behandlung der Beschwerde zuständig ist, ist auf die Beschwerde vom 21. Juni 2017 einzutreten und materiell zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin einen



Anspruch auf die Vergütung der Kosten für die von der Kinder- und Jugendpsychiaterin Dr. E.\_\_\_\_ in die Wege geleitete Behandlung durch eine Sozialarbeiterin hat.

2.

Als eine medizinische Massnahme im Sinne des Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG kann nur eine Behandlung qualifiziert werden, die medizinischer Art ist und die von einem Arzt oder von einer medizinischen Hilfsperson erbracht wird (vgl. auch BGE 136 V 209). Als medizinische Hilfspersonen gelten in der Verwaltungspraxis der Invalidenversicherung Krankenpfleger, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Ernährungsberater und Psychotherapeuten (vgl. Rz. 1202 des Kreisschreibens über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen in der Invalidenversicherung). Das entspricht weitgehend der abschliessenden Liste von medizinischen Hilfspersonen im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Art. 46 Abs. 1 KVV). Die vorliegend zur Diskussion stehende Behandlung ist primär sozialtherapeutischer Natur; die sogenannte „Marte Meo“-Methode ist in ihrem Kern eine Erziehungsberatung (vgl. <<https://www.martemeeo.com/en/About-Marte-Meo/FAQs/?currentQuestion=C204481A-1B78-37D5-44F5D2CDB37E36E8>>; abgerufen am 23. April 2018). Obwohl sie offenbar einen Teil einer umfassenden, mehrheitlich medizinischen Behandlung bildet, ist sie für sich allein genommen keine medizinische, sondern eine sozialtherapeutische – in der Terminologie des TARMED: „nichtärztliche“ – Massnahme. Sie gehört folglich nicht zu den vom Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG erfassten medizinischen Massnahmen. Zudem wird sie von einer Sozialberaterin durchgeführt. Diese kann nicht als eine medizinische Hilfsperson qualifiziert werden. Sie führt ihre Behandlung zwar im ärztlichen Auftrag und unter ärztlicher Supervision durch, aber ihre Tätigkeit setzt keine medizinische, sondern eine sozialtherapeutische Qualifikation voraus. Auch medizinische Laien können gewisse Aufgaben „im Auftrag“ eines Arztes übernehmen, ohne dass sie deshalb als medizinische Hilfspersonen zu qualifizieren wären. Das ist beispielsweise bei Eltern von schwer behinderten Kindern der Fall, denn diese übernehmen oft sogar Pflegeaufgaben, die an sich eine medizinische Qualifikation erfordern würden (vgl. zur Abgrenzung BGE 136 V 209). Die fragliche Behandlung ist also keine medizinische Massnahme im Sinne des Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG, weil sie nicht medizinischer Art ist und weil sie nicht von einer medizinischen Hilfsperson erbracht wird. Selbst wenn die Invalidenversicherung ihre gesetzliche



Leistungspflicht mit der Unterzeichnung des TARMED hätte modifizieren können (was wegen des Legalitätsprinzips aber offensichtlich ausgeschlossen ist), würde dies am Ergebnis nichts ändern. Der TARMED sieht nämlich zwar im Leistungsblock 02.04 „nichtärztliche“ (insb. sozialtherapeutische) ambulante psychiatrische Leistungen in anerkannten Institutionen und Spitalabteilungen vor, aber die Invalidenversicherung hat bei der Unterzeichnung des Tarifvertrages einen Vorbehalt angebracht: Die Leistungen unter dem Kapitel 02.04 können ihr gegenüber nicht verrechnet werden (die neuste Version des Tarifvertrages ist von der IV, der UV und der MV nicht unterzeichnet worden; für diese Sozialversicherungen ist nach wie vor die Version 01.08.00 massgebend). Dieser Vorbehalt entspricht den gesetzlichen Vorgaben des Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG, der die Vergütung von Behandlungsmassnahmen, die entweder nicht medizinischer Art sind oder die keine medizinische Qualifikation erfordern, durch die Invalidenversicherung ausschliesst.

3.

Die angefochtene Verfügung erweist sich damit als rechtmässig, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist. Bezüglich des in der Replik gestellten Eventualbegehrens ist darauf hinzuweisen, dass die Zuweisung der fraglichen Behandlungsmassnahmen zu einer anderen Tarifposition selbstverständlich nichts an der entscheidenden Tatsache ändern würde, dass es sich dabei nicht um medizinische Massnahmen im Sinne des Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG handelt. Die Gerichtskosten von 600 Franken sind der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Sie sind durch den von dieser geleisteten Kostenvorschuss von 600 Franken gedeckt. Die unterliegende Beschwerdeführerin hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.



Die Beschwerdeführerin hat die Gerichtskosten von 600 Franken zu bezahlen; diese Kosten sind durch den von ihr geleisteten Kostenvorschuss von 600 Franken gedeckt.