

# ZH\_VERWALTUNGSGERICHT VB.2011.00223 vom 23. Juni 2011

ZH Verwaltungsgericht, 2011-06-23, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_verwaltungsgericht\\_\\_VB.2011.00223](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_verwaltungsgericht__VB.2011.00223)

FR: ZH\_VERWALTUNGSGERICHT VB.2011.00223 du 23 juin 2011

IT: ZH\_VERWALTUNGSGERICHT VB.2011.00223 del 23 giugno 2011

## Regeste

Sozialhilfe | Sozialhilferechtliche Kostenübernahme einer Krankenkassen-Zusatzversicherung. Die Sozialhilfe hat krankheits- und behinderungsbedingte Kosten auch für jene Leistungen zu übernehmen, die zwar nicht im Rahmen der medizinischen Grundversorgung liegen, aber im konkreten Einzelfall sinnvoll und nutzbringend sind (E. 2.2). Die Behörden verletzten das rechtliche Gehör der um Kostenübernahme ersuchenden Beschwerdeführerin mehrfach, indem sie den erstinstanzlichen Entscheid nicht begründeten und ihr weder ein vorgängiges Äusserungs- noch ein Replikrecht einräumten (E. 4.5). Der Sachverhalt wurde von den Behörden in verschiedener Hinsicht nicht rechtsgenügend erstellt. Die eingereichten Arztzeugnisse hätten nicht ohne weitere Abklärungen als ungenügender Beleg dafür erachtet werden dürfen, dass die von der Beschwerdeführerin geforderten alternativen Behandlungsmethoden die einzig möglichen seien. Vielmehr hätten die Behörden den Sachverhalt diesbezüglich weiter untersuchen müssen, etwa indem sie der Beschwerdeführerin die Auflage erteilt hätten, den Bezirksarzt oder einen anderen vertrauenswürdigen Arzt aufzusuchen (E. 5.2). Aufgrund der mangelhaften behördlichen Sachverhaltsabklärungen besteht keine Klarheit darüber, ob die Leistungen der Krankenkassen-Zusatzversicherungen für die Beschwerdeführerin sinnvoll und/oder erforderlich sind oder nicht (E. 5.3). Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (E. 7). Rückweisung.

## Erwägungen

### E. 3

Abteilung VB.2011.00223 Urteil der Einzelrichterin vom 23. Juni 2011 Mitwirkend: Verwaltungsrichterin Elisabeth Trachsel, Gerichtsschreiber Kaspar Plüss. In Sachen A, Beschwerdeführerin, gegen Gemeinde B vertreten durch die Sozialbehörde, Beschwerdegegnerin, betreffend Sozialhilfe, hat sich ergeben: I. A. Am 22. Mai 2010 stellte der Sozialdienst des Bezirks Affoltern am Albis bei der Sozialbehörde B Antrag auf wirtschaftliche Unterstützung von A, welche am 1. Mai 2010 zugezogen war. Der Sozialdienst wies darauf hin, dass A zu 100 % arbeitsunfähig sei und sich aufgrund ihrer gesundheitlichen Situation die Übernahme der Kosten für die Krankenzusatzversicherung in Höhe von Fr. 53.20 monatlich sowie der nicht gedeckten Behandlungskosten für Komplementärmedizin von ca. Fr. 2'400.- jährlich aufdränge. B. Die Sozialbehörde B gewährte mit Beschluss vom 15. Juni 2010 A ab dem 1. Juni 2010 wirtschaftliche Hilfe in Höhe von Fr. 2'186.- monatlich. Zudem würden Selbstbehalte für Arzt, Medikamente, Spital sowie medizinische und/oder berufliche Fahrspesen (abzüglich je Fr. 40.- für die ersten zwei Personen) mit entsprechendem Nachweis zusätzlich ausbezahlt. Weiter wurde

festgehalten, die Krankenkassen-Grundversicherung im Betrag von netto Fr. 287.60 werde im Rahmen des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) durch die Gemeinde B finanziert. Die beantragten Kosten der Zusatzversicherung gemäss dem Bundesgesetz vom 2. April 1908 über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz, VVG) würden jedoch nicht übernommen. II. Mit Rekurs vom 27. Juli 2010 gelangte A an den Bezirksrat Affoltern am Albis mit den Anträgen auf Übernahme der Kosten für die Zusatzversicherung sowie der durch diese nicht gedeckten Kosten für Therapien und Medikamente von monatlich ca. Fr. 210.- und medizinisch bedingter Fahrkosten, soweit sie von der Gemeinde B nicht schon bewilligt seien. Der Bezirksrat Affoltern wies den Rekurs am 10. März 2010 (recte: 2011) ab. III. Am 6. April 2011 ging fristgerecht die Beschwerde von A gegen den Rekursentscheid vom 10. März 2011 beim Verwaltungsgericht ein mit den Anträgen auf Aufhebung des angefochtenen Beschlusses und Übernahme der Kosten für die Zusatzversicherungen sowie des Selbstbehalts für Alternativtherapien und Medikamente, rückwirkend ab 1. Juni 2010, durch die Gemeinde B. Diese beantragte am 24. Mai 2011 die Abweisung der Beschwerde, unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten von A. Der Bezirksrat Affoltern hatte am 11. April 2011 unter Verweis auf den Rekursentscheid vom 11. März 2011 auf eine Vernehmlassung verzichtet. Die Einzelrichterin erwägt: 1. 1.1 Das Verwaltungsgericht ist gemäss § 41 in Verbindung mit § 19 Abs. 1 lit. a des Verwaltungsrechtspflegegesetzes vom 24. Mai 1959 (VRG) zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Da auch die übrigen Prozessvoraussetzungen erfüllt sind, ist auf die Beschwerde einzutreten. 1.2 Strittig ist die Nichtübernahme der Kosten für die Zusatzversicherung nach dem Versicherungsvertragsgesetz von rund 664.80 jährlich (12 x Fr. 55.40 ab 2011) sowie für den Selbstbehalt von Fr. 2'520.- (12 x Fr. 210.-). Der Streitwert beträgt somit Fr. 3'184.80. Streitigkeiten, deren Streitwert Fr. 20'000.- nicht übersteigen, fallen in die einzelrichterliche Kompetenz (§ 38b Abs. 1 lit. c VRG). 2. 2.1 Wer für seinen Lebensunterhalt und den seiner Familienangehörigen nicht hinreichend oder nicht rechtzeitig aus eigenen Mitteln aufkommen kann, hat nach § 14 des Sozialhilfegesetzes vom 14. Juni 1981 (SHG) Anspruch auf wirtschaftliche Hilfe. Diese soll das soziale Existenzminimum gewährleisten, das neben den üblichen Aufwendungen für den Lebensunterhalt auch individuelle Bedürfnisse angemessen berücksichtigt (§ 15 Abs. 1 SHG). Grundlage der Bemessung bilden gemäss § 17 der Verordnung zum Sozialhilfegesetz vom 21. Oktober 1981 (SHV) die Richtlinien der Schweizerischen Konferenz für Sozialhilfe (SKOS-Richtlinien), wobei Abweichungen im Einzelfall vorbehalten sind. Nach den genannten Richtlinien enthält das individuelle Unterstützungsbudget einerseits die sogenannte materielle Grundsicherung, bestehend aus dem Grundbedarf für den Lebensunterhalt sowie den Kosten für die Wohnungsmiete und die medizinische Grundversorgung, andererseits situationsbedingte Leistungen sowie allfällige Integrationszulagen und/oder Einkommensfreibeträge (SKOS-Richtlinien, Kap. A.6). 2.2 Gemäss Kap. C.1.1 der SKOS-Richtlinien sind krankheits- und behinderungsbedingte Auslagen zu übernehmen. Darunter fallen Kosten für Leistungen, die nicht im Rahmen der medizinischen Grundversorgung liegen, aber im konkreten Einzelfall sinnvoll und nutzbringend sind. Die Prämien für einen über die medizinische Grundversorgung hinausgehenden Versicherungsschutz sind zu übernehmen, wenn die zu erwartenden oder erbrachten Versicherungsleistungen höher sind als die Prämien. Die Prämien weiterer Versicherungen oder Behandlungskosten, beispielsweise im Bereich der Komplementär- oder Alternativmedizin, können in begründeten Fällen übernommen werden.

### **E. 3.1**

Die nicht rechtskundig vertretene Beschwerdeführerin macht, zumindest sinngemäss, eine Gehörsverletzung geltend. So wird sowohl in der Beschwerdeschrift als auch in der Stellungnahme des behandelnden Arztes Dr. med. C vom 24. März 2011, welche integrierender Bestandteil der Beschwerdeschrift bildet, darauf hingewiesen, der Bezirksrat habe es nicht einmal für nötig erachtet, zusätzliche Akten zu verlangen oder mit der Beschwerdeführerin direkt Kontakt aufzunehmen, obwohl er in seiner Argumentation eine ungenügende Aktenlage beanstandete. Die Beschwerdeführerin verweist sodann bezüglich der Notwendigkeit der von ihr beanspruchten Behandlungsmethoden auf diverse ärztliche Zeugnisse bzw. Berichte und macht geltend, die Versicherung D-Zusatzversicherung übernehme die Kosten für die Osteopathie und therapeutische Massagen, während die I-Zusatzversicherung jene für Präparate, Sehhilfen und aktuell auch für einen Anwalt im Zusammenhang mit einem IV-Verfahren abdecke.

### **E. 3.2**

Der erstinstanzliche Beschluss vom 15. Juni 2010 enthält keine nähere Begründung, weshalb die beantragten Kosten für die Übernahme der Zusatzversicherung gemäss Versicherungsvertragsgesetz – und damit einhergehend auch für den entsprechenden Selbstbehalt – nicht übernommen würden. Auch wurde der Beschwerdeführerin nicht Gelegenheit gegeben, sich zu diesen Punkten vor der Beschlussfassung näher zu äussern, obwohl sie ausdrücklich beantragt hatte, ihre persönliche Situation näher erklären zu dürfen. Erst aus der Vernehmlassung vom 30. September 2010 im Rekursverfahren geht hervor, von welchen Überlegungen sich die Beschwerdegegnerin leiten liess: Primär stützte sie sich darauf, dass es sich bei der Übernahme komplementär- und alternativmedizinischer Leistungen gemäss den SKOS-Richtlinien um eine "Kann-Vorschrift" handle. Sodann trage der Sozialhilfeempfänger die Beweislast für die Notwendigkeit solcher therapeutischer Vorkehren. Auf die Erstattung von bloss sinnvollen oder gar wünschbaren Auslagen habe er grundsätzlich keinen Anspruch. Die Beschwerdeführerin habe nicht dargetan, dass bei ihr Behandlungen von Leistungserbringern der Grundversicherung nicht zum gleichen Ergebnis führten wie die von ihr beanspruchten Osteopathie- und Bioresonanzbehandlungen.

### **E. 3.3**

Der Bezirksrat ging seinerseits auf die Versicherungspolizen der Versicherung E, welche die Beschwerdeführerin schon der Sozialbehörde eingereicht hatte, näher ein und differenzierte zwischen den I-, Versicherung D- und J-Zusatzversicherungen. Die I- und J-Zusatzversicherungen stünden in keinem Zusammenhang mit der gesundheitlichen Situation der Beschwerdeführerin und seien schon deswegen von der Beschwerdegegnerin nicht zu übernehmen. Offen bleibe daher nur die Versicherung D-Zusatzversicherung, welche die Kosten für die Komplementärmedizin decke. Bei Eingriffen in den der Gemeinde zustehenden Beurteilungsspielraum habe sich der Bezirksrat aber Zurückhaltung aufzuerlegen. Nachdem die Beschwerdeführerin keinen Nachweis über die ausschliessliche Notwendigkeit, Wirksamkeit und Nutzbringung der alternativen bzw. komplementärmedizinischen Behandlungsmethoden erbringe, sei es nicht zu beanstanden, wenn die Beschwerdegegnerin auch die Übernahme der Kosten für die Versicherung D-Zusatzversicherung abgewiesen habe.

### **E. 4.1**

Vorerst ist zu prüfen, inwieweit das rechtliche Gehör der Beschwerdeführerin verletzt worden ist. Eindeutige und erhebliche Gehörsverletzungen sind auf Rekurs oder Beschwerde hin selbst ohne dahingehende Rüge von Amtes wegen aufzugreifen, sofern die Umstände nicht auf einen Verzicht durch die benachteiligte Person schliessen lassen (Alfred Kölz/Jürg Bosshart/Martin Röhl, Kommentar zum Verwaltungsrechtspflegegesetz des Kantons Zürich, 2. A., Zürich 1999, § 8 N. 6)

#### **E. 4.2**

Das rechtliche Gehör beinhaltet insbesondere das Recht auf Äusserung und Anhörung des Einzelnen, das heisst das Recht, sich vorgängig zu den ihn betreffenden hoheitlichen Anordnungen zu äussern, sowie den Anspruch, in seinen Vorbringen auch tatsächlich gehört und ernst genommen zu werden. Um dem Äusserungs- und Anhörungsrecht Nachachtung zu verschaffen, haben die verantwortlichen Behörden demnach den Gehörsberechtigten nicht nur anzuhören, sondern sie haben sich mit seinen Vorbringen auch auseinanderzusetzen (Kölz/Bosshart/Röhl, § 8 N. 17).

#### **E. 4.3**

Mit dem rechtlichen Gehör geht auch der Anspruch auf eine angemessene Begründung einer Anordnung einher (§ 10 Abs. 1 VRG). Die Begründung einer Anordnung erscheint als angemessen, wenn sie so abgefasst ist, dass sich der Betroffene über die Tragweite des Entscheids Rechenschaft zu geben und allenfalls in voller Kenntnis der Gründe ein Rechtsmittel zu ergreifen vermag. In diesem Sinn müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt sein, von denen sich die Behörde leiten liess und auf welche sich ihr Entscheid stützt. Der Umfang der Begründungspflicht hängt von der Komplexität des Falls, dem Entscheidungsspielraum der Behörde und der Stärke des Eingriffs in individuelle Rechte ab. Je grösser der Entscheidungsspielraum ist, welcher einer Behörde zufolge Ermessen und unbestimmter Rechtsbegriffe zukommt, je komplexer und umstrittener der zu beurteilende Sachverhalt ist und je stärker eine Anordnung in die individuellen Rechte eingreift, desto höhere Anforderungen sind an die Begründung zu stellen und desto ausführlicher, differenzierter und sorgfältiger hat diese auszufallen. Die Anforderungen an die Begründungsdichte hängen zudem von der mit der Sache befassten Instanz ab. Keine allzu hohen Anforderungen sind im Allgemeinen an die Begründung erstinstanzlicher Anordnungen zu stellen (Kölz/Bosshart/Röhl, § 10 N. 36 ff.).

#### **E. 4.4**

Der Anspruch auf rechtliches Gehör ist formeller Natur und setzt keinen Nachweis eines materiellen Interesses voraus; eine Gehörsverletzung zieht daher grundsätzlich die Aufhebung der angefochtenen Anordnung nach sich, ungeachtet von den Erfolgsaussichten des Rechtsmittels in der Sache selbst (Kölz/Bosshart/Röhl, § 8 N. 5). Gemäss der Rechtsprechung kann aber eine nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs ausnahmsweise als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt als auch die Rechtslage frei überprüfen kann. Von einer Rückweisung ist selbst dann abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht vereinbar wären (vgl. BGE 133 I 201 E. 2.2). Für den Entscheid über Rückweisung oder Heilung im Einzelfall ist die konkrete Interessenlage zu berücksichtigen (vgl. RB 1995 Nr. 23).

#### **E. 4.5**

Vorliegend liegt eine Gehörsverletzung schon im Umstand begründet, dass der Beschwerdeführerin nicht vorab Gelegenheit gegeben wurde, sich zu ihrer konkreten Situation im Zusammenhang mit den von ihr beanspruchten Zusatzversicherungskosten und der Übernahme der betreffenden Selbstbehalte zu äussern, obwohl sie dies gegenüber der Sozialbehörde ausdrücklich beantragt hatte. Weiter genügt der erstinstanzliche Beschluss vom 15. Juni 2010 den Anforderungen an eine Begründung in keiner Weise. Gerade im Zusammenhang mit der Übernahme situationsbedingter Leistungen, wo der Gemeinde ein erheblicher Beurteilungsspielraum zukommt, hätte es umso mehr wenigstens einer kurzen Wiedergabe jener Überlegungen der Beschwerdegegnerin bedurft, welche zum abschlägigen Entscheid geführt hatten. Die Beschwerdeführerin erhielt somit erst mit Zustellung der Vernehmlassung der Beschwerdegegnerin vom 30. September 2010 Kenntnis von den seitens der Beschwerdegegnerin angeführten Gründen für die Verweigerung der Übernahme der betreffenden Kosten, wobei der Bezirksrat der Beschwerdeführerin daraufhin nicht nochmals Frist zur freigestellten Vernehmlassung ansetzte, sondern gleich den ordentlichen Schriftenwechsel für geschlossen erklärte. Indem der Bezirksrat der Beschwerdeführerin keine Gelegenheit einräumte, sich zur Vernehmlassung der Beschwerdegegnerin vom 30. September 2010 zu äussern, verletzte er ihr Recht auf Replik (vgl. BGE 133 I 100 E. 4.6; VGr, 10. Juni 2010, VB.2010.00120, E. 2.7). Zusammengefasst liegen somit schwerere Gehörsverletzungen vor. Es erscheint als fraglich, inwieweit diese einer Heilung zugänglich sein könnten, zumal sich der Bezirksrat, welcher über eine umfassende Kognition verfügt hätte, bei der Ermessenskontrolle, unter den gegebenen Umständen zu Unrecht, Zurückhaltung auferlegt hat. Zwar läge eine beförderliche Beurteilung der Sache auch im Interesse der Beschwerdeführerin, sodass allenfalls trotzdem eine Heilung infrage kommen könnte. Dem Verwaltungsgericht stünde dann ausnahmsweise die Befugnis zu, Ermessensfragen zu beurteilen (Kölz/Bosshart/Röhl, § 63 N. 11). Eine Rückweisung erweist sich vorliegend jedoch aus anderen Gründen als unumgänglich, worauf im Folgenden einzugehen ist.

#### **E. 5.1**

Rekurs- bzw. Beschwerdegrund kann auch die unrichtige oder ungenügende Feststellung des Sachverhalts sein (§ 20 Abs. 1 lit. b und § 50 Abs. 1 VRG), welche Überprüfung ebenfalls zu einer korrekten Ermessensbetätigung gehört. Die Verwaltungsbehörde hat den Sachverhalt grundsätzlich von Amtes wegen zu untersuchen (§ 7 Abs. 1 VRG), wobei die am Verfahren Beteiligten dabei mitzuwirken haben, soweit sie ein Begehren gestellt haben und wenn ihnen nach gesetzlicher Vorschrift eine Auskunftspflicht oder Mitteilungspflicht obliegt (§ 7 Abs. 2 lit. a und b VRG). Das Verwaltungsgericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, insbesondere wenn mit der angefochtenen Anordnung nicht auf die Sache eingetreten oder der Tatbestand ungenügend festgestellt wurde (§ 64 Abs. 1 VRG).

#### **E. 5.2**

Im ärztlichen Zeugnis von Dr. med. F vom 20. Januar 2010 ist festgehalten, dass für die Beschwerdeführerin Behandlungen mit Osteopathie und medizinischen Massagen notwendig und indiziert seien. Aus dem ärztlichen Zeugnis von Dr. med. Dr. med. C vom 21. Juli 2010 geht ebenfalls hervor, dass die Beschwerdeführerin auf nicht-medikamentöse alternative Behandlungsmethoden angewiesen sei. Aufgrund dieser von der Beschwerdeführerin eingereichten Arztzeugnisse ist somit grundsätzlich davon auszugehen,

dass vorliegend die alternativen Behandlungsmethoden sinnvoll sind. Die ärztlichen Schlussfolgerungen können auch nicht einfach mit "wirtschaftlichen Interessen" der betreffenden Ärzte entkräftet werden. Aus einem ärztlichen Schreiben der Klinik H vom 29. Mai 2009 geht ausserdem hervor, dass Dr. med. F und Dr. med. C die Beschwerdeführerin seit mehr als zwei Jahrzehnten erfolgreich in ihrer schwierigen Lage unterstützt hätten. Es ist daher umso mehr anzunehmen, dass die beiden vorgenannten Ärzte mit der gesundheitlichen Situation der Beschwerdeführerin bestens vertraut sind. Damit ist allerdings noch nicht eindeutig erstellt, dass die anvisierten alternativen Behandlungsmethoden die einzig möglichen sind und daher von der Beschwerdegegnerin übernommen werden müssen. Es ist daher verständlich, wenn die Gemeinde diesbezügliche Fragen aufgeworfen hat. Wenn sie aber die vorliegenden Arztzeugnisse nicht genügen lassen wollte, wäre es an ihr und nicht an der Beschwerdeführerin gewesen, diesbezügliche weitere Untersuchungen zu veranlassen bzw. Letzterer konkrete Auflagen zu machen, zum Beispiel den Bezirksarzt oder einen anderen vertrauenswürdigen Arzt zwecks Einholung einer weiteren Meinung aufzusuchen (§ 7 Abs. 1 VRG). Jedenfalls kann es nicht angehen, die Konsequenzen des nicht weiter eruierten Sachverhalts der Beschwerdeführerin anzulasten und allein deswegen, ohne weitere Abklärungen zu tätigen, die Kosten für die Versicherung D-Zusatzversicherung bzw. die entsprechenden Selbstbehalte nicht zu übernehmen. Insoweit unterscheidet sich der vorliegend zu beurteilende Fall auch vom Entscheid des Verwaltungsgerichts vom 29. Januar 2008 (VB.2007.00515), den die Vorinstanz erwähnt hat. Jenem Fall lagen diverse, zum Teil sich widersprechende ärztliche Berichte zugrunde, darunter auch ein Gutachten des Bezirksarztes, und es war unter anderem die Frage des Vorliegens eines Münchhausen-Syndroms aufgeworfen worden.

### **E. 5.3**

Weiter hat sich die Beschwerdegegnerin nicht konkret mit den Zusatzversicherungen "I" und "J" befasst. Immerhin hat die Vorinstanz festgehalten, diese Zusatzversicherungen stünden in keinem Zusammenhang mit der gesundheitlichen Situation der Beschwerdeführerin. Wie dargelegt, wurde aber der nicht rechtskundig vertretenen Beschwerdeführerin nicht vorgängig Gelegenheit gegeben, sich zur Notwendigkeit dieser Zusatzversicherungen zu äussern. In der Beschwerdeschrift hält sie nun fest, die I-Zusatzversicherung leiste Beiträge für Sehhilfe, Spezialpräparate und Hilfsmittel und übernehme aktuell Anwaltskosten in einem laufenden IV-Verfahren. Es kann daher nicht von vornherein gesagt werden, dass die I-Zusatzversicherung nicht im Zusammenhang mit der gesundheitlichen Situation der Beschwerdeführerin steht. Vielmehr wird die Beschwerdeführerin zum Stand des IV-Verfahrens, der Notwendigkeit des Anwalts, allfälliger Sehhilfen etc. zu befragen sein. Erst nach Erhalt dieser Informationen kann darüber befunden werden, ob die Übernahme der I-Zusatzversicherung seitens der Beschwerdegegnerin angezeigt ist. Dasselbe gilt in Bezug auf die "J" Zusatzversicherung. Zwar erfolgten, wie die Vorinstanz zu Recht festgehalten hat, gemäss Leistungsabrechnung der Versicherung E für das Jahr 2009 keine Abrechnungen über diese Zusatzversicherung, weshalb es durchaus möglich ist, dass sie nicht erforderlich ist. Dazu ist die Beschwerdeführerin näher zu befragen. Ferner ist unklar, per wann die Zusatzversicherungen kündbar wären, was im Rahmen der Entscheidungsfindung ebenfalls zu berücksichtigen sein wird. Sodann ist zu beachten, dass ab Januar 2012 gewisse alternative Behandlungen von den Grundversicherungen übernommen werden. Soweit es vorliegend um solche geht, welche per dann ohnehin von der Grundversicherung übernommen werden, dürfte eine vorübergehende Unterbrechung der Behandlungen nicht opportun sein.

#### **E. 5.4**

Zusammenfassend ergibt sich, dass das rechtliche Gehör der Beschwerdeführerin verletzt worden und, teils damit einhergehend, der Sachverhalt in verschiedener Hinsicht nicht rechtsgenügend erstellt ist. Eine Rückweisung der Sache an die Erstinstanz erweist sich daher als unumgänglich (Kölz/Bosshart/Röhl, § 64 N. 6). Nach entsprechender Befragung der Beschwerdeführerin und allfälligen weiteren Untersuchungen wird sie über die Sache neu zu befinden haben.

#### **E. 6**

Bei diesem Verfahrensausgang sind die Kosten praxisgemäss den Parteien je zur Hälfte aufzuerlegen und es sind keine Prozessentschädigungen zuzusprechen (§ 65a Abs. 1 in Verbindung mit § 13 Abs. 2 VRG, 17 Abs. 2 VRG).

#### **E. 7**

Die Beschwerdeführerin beantragt die unentgeltliche Prozessführung. Gemäss § 16 Abs. 1 VRG wird Privaten, welchen die nötigen Mittel fehlen und deren Begehren nicht offensichtlich aussichtslos erscheinen, auf entsprechendes Ersuchen die Bezahlung von Verfahrenskosten erlassen. Vorliegend erweist sich die Beschwerde nicht als aussichtslos und die Mittellosigkeit der Beschwerdeführerin ist ausgewiesen, weshalb ihr die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen ist. Die ihr aufzuerlegenden Gerichtskosten sind daher einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Die Beschwerdeführerin wird darauf hingewiesen, dass gemäss § 16 Abs. 4 VRG eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist. Der Anspruch des Kantons verjährt zehn Jahre nach Abschluss des Verfahrens.

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