

ZH_VERWALTUNGSGERICHT VB.2016.00664 vom 31. Januar 2017

ZH Verwaltungsgericht, 2017-01-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_verwaltungsgericht__VB.2016.00664

FR: ZH_VERWALTUNGSGERICHT VB.2016.00664 du 31 janvier 2017

IT: ZH_VERWALTUNGSGERICHT VB.2016.00664 del 31 gennaio 2017

Regeste

Sozialhilfe | Sozialhilfe: Auflage, die Franchise der Krankenkasse auf den Mindestbetrag herabzusetzen. Dem Verwaltungsgericht kommen keine Aufsichtsfunktionen gegenüber Verwaltungsbehörden zu (E. 1.3). Es kann nicht mit Sicherheit gesagt werden, ob sich die Lage der Beschwerdeführerin im Fall der Herabsetzung der Franchise tatsächlich verbessern würde, zumal unklar ist, ob die hohe Franchise bis anhin tatsächlich zu Kosteneinsparungen geführt hat, die bei einer niedrigeren Franchise ausgeblieben wären, und mangels Unterlagen auch keine Prognosen zu künftigen Gesundheitskosten der Beschwerdeführerin abgegeben werden können, sofern dies überhaupt möglich wäre. Allerdings erscheint die Auflage im Lichte des Gleichbehandlungsgebots als gerechtfertigt, besteht doch in der Wohngemeinde der Beschwerdeführerin für sämtliche mit Sozialhilfe unterstützten Personen die Pflicht, die Franchise auf den Minimalbetrag herabzusetzen. Eine solche Regelung läuft wiederum zwar grundsätzlich dem in der Sozialhilfe zu beachtenden Prinzip der Individualisierung entgegen. In Anbetracht des Umstands, dass sich in der Regel nur schwerlich verlässliche Prognosen in Bezug auf den Gesundheitszustand bzw. die künftig anfallenden Gesundheitskosten stellen lassen und möglicherweise jedes Jahr von Neuem eine Herauf- oder Herabsetzung der Franchise angezeigt sein könnte, ist eine solche Schematisierung jedoch auch aus Praktikabilitätsgründen und zur Vereinfachung der Kostenrechnung der Gemeinden sowie im Hinblick auf die Rechtssicherheit durchaus nachvollziehbar und statthaft. Dies gilt wenigstens für die Fälle wie den vorliegenden, in denen eine tiefe Franchise nicht offensichtlich unzweckmässig ist, zumal die Beschwerdeführerin in psychiatrischer Behandlung ist. Vor diesem Hintergrund kann das idealistische Ziel der Beschwerdeführerin – die Eindämmung der Gesundheitskosten – keine Rolle spielen. Von untergeordneter Bedeutung ist die von der Vorinstanz angeführte Begründung, dass der Nutzen an einer niedrigen Franchise für die Beschwerdeführerin und im Allgemeinen darin liegen kann, dass damit die Schwelle für die Inanspruchnahme ärztlicher Dienstleistungen gesenkt wird. Gleichwohl spricht auch dies für die Rechtmässigkeit der angefochtenen Auflage (E. 4.1). Abweisung, soweit Eintreten.

Erwägungen

E. 3

Abteilung VB.2016.00664 Urteil der Einzelrichterin vom 31. Januar 2017 Mitwirkend: Verwaltungsrichterin Tamara Nüssle, Gerichtsschreiber Cyrill Bienz. In Sachen A, Beschwerdeführerin, gegen Gemeinde B, vertreten durch die Sozialbehörde, Beschwerdegegnerin, betreffend Sozialhilfe, hat sich ergeben: I. Am 27. April 2016 beschloss die Sozialbehörde der Gemeinde B, A weiterhin mit wirtschaftlicher Hilfe zu

unterstützen. Dabei erteilte sie ihr neben anderem die Auflage, die Franchise ihrer Krankenversicherung für das Jahr 2017 von Fr. 1'500.- auf Fr. 300.- herabzusetzen. Der Bezirksrat C habe eine solche Auflage an A bereits mit Rekursentscheid vom 25. November 2015 als rechtmässig beurteilt. Bei Nichterfüllung drohe A eine Leistungskürzung von 25 % des Grundbedarfs für die Dauer von sechs Monaten. II. A erhob am 9. Mai 2016 Rekurs beim Bezirksrat C und beantragte die Aufhebung der Auflage, die Franchise herabzusetzen. Zudem ersuchte Sie um Aufhebung der Auflage der Gemeinde, wonach sie unverzüglich einen neuen Psychiater/Arzt zu suchen habe, ansonsten ihr die Leistungen gekürzt würden. Des Weiteren beantragte A, es sei ihr aufzuzeigen, wie sie ihre Rechte geltend machen könne, die ihr von der Gemeinde verwehrt worden seien (Entschädigungen für nicht bezahlte Nebenkosten und Räum- und Putzarbeiten), wie sie das Geld für die Reduktion der Krankenkassenprämien für das Jahr 2014 erhältlich machen und die Gemeinde die in der Vergangenheit unrechtmässig "eingestrichene" Reduktion der Krankenkassenprämien zurückerstatten könne. Mit Beschluss vom 29. September 2016 wies der Bezirksrat den Rekurs ab, soweit er darauf eintrat (Dispositivziffer I). Daneben wies er die Gemeinde B aufsichtsrechtlich an, A Fr. 50.80 für den Prämienausgleich der Jahre 1996 bis 2013 zu erstatten. Im Übrigen gab er der Aufsichtsbeschwerde keine Folge (Dispositivziffer II). Verfahrenskosten erhob der Bezirksrat keine (Dispositivziffer III). In der Rechtsmittelbelehrung wies der Bezirksrat darauf hin, dass gegen Dispositivziffer I des Beschlusses Beschwerde beim Verwaltungsgericht erhoben werden könne. Gegen Dispositivziffer II könne die Gemeinde B "Rekurs" beim Regierungsrat einreichen (Dispositivziffer IV). III. Am 27. Oktober 2016 erhob A Beschwerde beim Verwaltungsgericht. Sinngemäss beantragte sie, Dispositivziffer I des Beschlusses des Bezirksrats vom 29. September 2016 sei aufzuheben; die Franchise der Krankenversicherung sei auf Fr. 1'500.- zu belassen. Daneben ersuchte sie das Verwaltungsgericht um Prüfung der "merkwürdigen Vorkommnisse im Zusammenhang mit meiner Krankenkasse und dem Gesundheitswesen" und ob bzw. inwiefern die Gemeinde in diese "Sonderbarkeiten" verwickelt sei. Der Bezirksrat verwies am 3. November 2016 auf die Begründung des angefochtenen Beschlusses und verzichtete im Übrigen auf Vernehmlassung. Am 23. November 2016 stellte die Sozialbehörde B ein Gesuch um Erstreckung der Frist zur Einreichung der Beschwerdeantwort, welches das Verwaltungsgericht mit Verfügung vom 24. November 2016 indes abwies. Mit Eingabe vom 29. November 2016 beantragte die Sozialbehörde, die Beschwerde sei grundsätzlich abzuweisen. In aufsichtsrechtlicher Hinsicht sei indes festzustellen, dass Dispositivziffer II des Beschlusses vom 29. September 2016 gegen Bundesrecht verstosse. Die Prämienrückerstattung 2015 und der Prämienabschlag 2015 im Totalbetrag von Fr. 50.80 seien zur Reduktion der laufenden Krankenkassenprämien zu verwenden. Ferner seien der Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten aufzuerlegen, und sie sei zur Leistung einer Parteientschädigung zu verpflichten. A liess sich nicht mehr vernehmen. Die Einzelrichterin erwägt: 1. 1.1 Das Verwaltungsgericht ist für die Behandlung der vorliegenden Beschwerde gemäss § 41 Abs. 1 in Verbindung mit § 19 Abs. 1 lit. a des Verwaltungsrechtspflegegesetzes vom 24. Mai 1959 (VRG) grundsätzlich zuständig. Die Beschwerdeführerin wehrt sich gegen die Auflage, die Franchise ihrer Krankenversicherung für das Jahr 2017 von Fr. 1'500.- auf Fr. 300.- herabzusetzen, wobei ihr für den Weigerungsfall eine Kürzung des Grundbedarfs in der Höhe von maximal Fr. 1'479.- angedroht wurde (25 % von Fr. 986.- während sechs Monaten; § 17 der Verordnung zum Sozialhilfegesetz vom 21. Oktober 1981 [SHV] in Verbindung mit

Kap. B.2.2 der Richtlinien der Schweizerischen Konferenz für Sozialhilfe [SKOS-Richtlinien]). Da der Streitwert somit weniger als Fr. 20'000.- beträgt und zudem kein Fall von grundsätzlicher Bedeutung vorliegt, ist die Einzelrichterin zum Entscheid berufen (§ 38b Abs. 1 lit. c sowie Abs. 2 VRG). 1.2 Die Auflage, die Franchise der Krankenkasse herabzusetzen, stellt eine Verhaltensanweisung dar und tangiert die durch Art. 10 Abs. 2 der Bundesverfassung vom 18. April 1999 (BV) garantierte persönliche Freiheit der Beschwerdeführerin. Diese hat daher ein schutzwürdiges Interesse, die Rechtmässigkeit der Auflage, die prozessual einen Zwischenentscheid darstellt, schon im Anschluss an deren Erlass auf dem Rechtsmittelweg überprüfen zu lassen und nicht erst mittels Rekurs gegen die Kürzungsverfügung, die in der Folge wegen Missachtung der Auflage ergehen könnte. Es liegt somit ein zulässiges Anfechtungsobjekt im Sinn von § 41 Abs. 3 in Verbindung mit § 19a Abs. 2 VRG vor. 1.3 Wie schon die Vorinstanz zutreffend festhielt, kann Gegenstand eines Rechtsmittelverfahrens nur sein, was auch Gegenstand des angefochtenen Entscheids war bzw. nach richtiger Gesetzesanwendung hätte sein sollen (vgl. RB 1983 Nr. 5). Andernfalls müsste sich die Rechtsmittelinstanz erstmals mit Anträgen befassen, mit denen sich die Vorinstanz zulässigerweise nicht auseinandergesetzt hat. Letzteres würde dem Grundsatz widersprechen, dass der Streitgegenstand beim Durchlaufen des funktionellen Instanzenzugs nicht erweitert werden kann (vgl. Marco Donatsch in: Alain Griffel [Hrsg.], Kommentar zum Verwaltungsrechtspflegegesetz des Kantons Zürich [VRG], 3. A., Zürich etc. 2014 [Kommentar VRG], § 20a N. 9 ff. und § 52 N. 11). Vorliegend ergibt sich der Streitgegenstand aus dem Beschluss der Beschwerdegegnerin vom 27. April 2016. Zu Recht ist die Vorinstanz daher nur insofern auf den Rekurs eingetreten, als die Beschwerdeführerin die Aufhebung der Auflage beantragt hatte, die Franchise der Krankenkasse herabzusetzen (vgl. vorn E. 1.2). Darüber, wie sie die anderen, ausserhalb des Streitgegenstands liegenden Anträge bzw. "Anliegen" der Beschwerdeführerin beurteilte, die sie im Sinn einer Aufsichtsbeschwerde entgegennahm, ist hier nicht zu befinden. Zum einen erhob die Beschwerdeführerin in der Beschwerde diesbezüglich keine Rügen. Zum anderen kommen dem Verwaltungsgericht – anders als den Bezirksräten – keine Aufsichtsfunktionen gegenüber Verwaltungsbehörden zu (Martin Bertschi, Kommentar VRG, Vorbemerkungen zu §§ 19–28a N. 74; Art. 94 der Kantonsverfassung vom 27. Februar 2005). Richtigerweise wies die Vorinstanz denn auch in der Rechtsmittelbelehrung ihres Beschlusses vom 29. September 2016 darauf hin, dass gegen ihre aufsichtsrechtliche Anordnung gemäss Dispositivziffer II an die ihr übergeordnete Aufsichtsbehörde – den Regierungsrat – gelangt werden könne (vorn II.). Die fehlende Aufsichtsfunktion des Verwaltungsgerichts hat ebenso zur Folge, dass auf den Antrag der Beschwerdeführerin, das Verwaltungsgericht habe die "merkwürdigen Vorkommnisse im Zusammenhang mit meiner Krankenkasse und dem Gesundheitswesen" und die Verwicklung der Gemeinde in diese "Sonderbarkeiten" zu prüfen, mangels Zuständigkeit nicht einzutreten ist. Das Gleiche gilt für den Antrag der Beschwerdegegnerin, dass aufsichtsrechtlich festzustellen und anzuordnen sei, dass Dispositivziffer II des Beschlusses vom 29. September 2016 gegen Bundesrecht verstosse und die Prämienrückerstattung 2015 und der Prämienabschlag 2015 zur Reduktion der laufenden Krankenkassenprämien zu verwenden sei. Auf diesen Antrag der Beschwerdegegnerin ist auch deshalb nicht weiter einzugehen, da sie selber nicht innert Frist Beschwerde gegen den Rekursentscheid erhoben hat und das Beschwerdeverfahren das Instrument der Anschlussbeschwerde nicht kennt, sodass in der Beschwerdeantwort keine Anträge gestellt werden können, die über den durch die Beschwerdeschrift

abgesteckten Rahmen hinausgehen (Donatsch, § 63 N. 22). 1.4 Für die von der Beschwerdeführerin beantragte Weiterleitung ihrer aufsichtsrechtlichen Anliegen durch das Verwaltungsgericht im Sinn von § 5 Abs. 2 VRG besteht mangels Fristgebundenheit derselben kein Anlass (Kaspar Plüss, Kommentar VRG, § 5 N. 48).

2. 2.1 Wer für seinen Lebensunterhalt und den seiner Familienangehörigen mit gleichem Wohnsitz nicht hinreichend oder nicht rechtzeitig aus eigenen Mitteln aufkommen kann, hat Anspruch auf wirtschaftliche Hilfe (§ 14 Abs. 1 des Sozialhilfegesetzes vom 14. Juni 1981 [SHG]; § 16 Abs. 1 SHV). Gemäss § 21 SHG kann diese mit Auflagen und Weisungen verbunden werden, die sich auf die richtige Verwendung der Beiträge beziehen oder geeignet sind, die Lage des Hilfeempfängers und seiner Angehörigen zu verbessern. Bei einem Verstoß dagegen sind die Sozialhilfeleistungen nach § 24 Abs. 1 lit. a Ziff. 1 SHG angemessen zu kürzen. Voraussetzung hierfür ist, dass die hilfeschuchende Person zuvor auf die Möglichkeit einer Leistungskürzung schriftlich hingewiesen wurde, wobei ein solcher Hinweis schon mit der Anordnung verbunden werden kann (§ 24 Abs. 1 lit. b SHG).

2.2 Gemäss Kap. A.6 der SKOS-Richtlinien setzt sich das individuelle Unterstützungsbudget aus der materiellen Grundsicherung und allfälligen situationsbedingten Leistungen, Integrationszulagen und Einkommensfreibeträgen zusammen. Zur materiellen Grundsicherung gehört insbesondere die medizinische Grundversorgung. Diese wird grundsätzlich durch die obligatorische Krankenversicherung gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG) abgedeckt. Nach Art. 65 Abs. 1 KVG gewähren die Kantone den Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen Prämienverbilligungen. Nach § 18 Abs. 1 des (kantonalen) Einführungsgesetzes zum Krankenversicherungsgesetz vom 13. Juni 1999 (EG KVG) übernimmt die Gemeinde die durch die Prämienverbilligung nicht gedeckten Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung von versicherten Personen mit steuerrechtlichem Aufenthalt oder Wohnsitz und zivilrechtlichem Wohnsitz in der Gemeinde, soweit das nach dem Sozialhilferecht berechnete soziale Existenzminimum nicht gewährleistet ist. Personen, die Ergänzungsleistungen oder Beihilfen zur AHV/IV beziehen, haben dieses Recht nicht (§ 8 der Verordnung EG KVG vom 28. November 2007). Übernimmt die Gemeinde die Prämien gemäss § 18 Abs. 1 EG KVG, gehen die Forderungen des Versicherers für diese Prämien auf sie über (§ 22 Abs. 1 der Verordnung zum EG KVG). Damit gelten die Kosten für die obligatorische Krankenversicherung prinzipiell nicht als Sozialhilfe, sondern stellen ein Leistungsfeld des Sozialversicherungsrechts dar. Jener Teil der Prämien, den bedürftige Personen allenfalls selbst bezahlen müssen, ist aber als Aufwandposition im Unterstützungsbudget zu berücksichtigen, ebenso sind es die Kosten für Selbstbehalte und Franchisen (VGr, 12. Juli 2012, VB.2012.00273, E. 2.3 f.; SKOS-Richtlinien, Kap. B.5.1; Art. 3 Abs. 2 lit. b des Zuständigkeitsgesetzes vom 24. Juni 1977; Claudia Hänzi, Leistungen der Sozialhilfe in den Kantonen, in: Christoph Häfeli et al. [Hrsg.], Das Schweizerische Sozialhilferecht, Luzern 2008, S. 125 f.; Kantonales Sozialamt, Sozialhilfe-Behördenhandbuch, Kap. 7.3.02, 1. Juni 2016, zu finden unter www.sozialhilfe.zh.ch [Sozialhilfe-Behördenhandbuch]).

2.3 Die Franchise ist ein fester Jahresbeitrag (Art. 64 Abs. 2 lit. a KVG). Sie beträgt für Erwachsene mindestens Fr. 300.- pro Kalenderjahr (Art. 103 Abs. 1 der Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 [KVV]). Erwachsene können eine höhere Franchise von Fr. 500.-, Fr. 1'000.-, Fr. 1'500.-, Fr. 2'000.- oder Fr. 2'500.- wählen (Art. 93 Abs. 1 KVV). Eine höhere Franchise als die gesetzliche Mindestfranchise hat eine Prämienreduktion zur Folge (Art. 95 KVV). Der Wechsel zu einer tieferen Franchise ist auf das Ende eines Kalenderjahrs möglich (Art. 94 Abs. 2 KVV).

2.4 Gemäss Buchstabe C der

Richtlinien der Beschwerdegegnerin betreffend Krankheits- und Behinderungskosten vom 3. November 2010 ist, falls eine höhere Franchise vereinbart wurde und die Unterstützung mehr als sechs Monate dauert, die Franchise auf den nächstmöglichen Kündigungstermin auf die Minimalfranchise herabzusetzen.

E. 3.1

Die Vorinstanz erwog mit Verweis auf ihren Beschluss vom 25. November 2015, Menschen mit geringen finanziellen Mitteln und insbesondere die Beschwerdeführerin seien tendenziell höheren gesundheitlichen Risiken ausgesetzt. Die nicht rechtzeitige Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe wirke sich negativ auf die Gesundheit der betroffenen Personen aus, was zumindest längerfristig zu erhöhten Gesundheitskosten führe. Es liege daher im Interesse der Sozialhilfebeziehenden, einen möglichst einfachen Zugang zu ärztlichen Dienstleistungen zu haben. Die Beschwerdeführerin, welche die Krankenkassenprämien während der Unterstützungsdauer nicht selber zu bezahlen habe, hätte bei einer Ablösung von der Sozialhilfe zwar bis zum Jahresende höhere Prämien zu leisten, gleichzeitig jedoch auch einen geringeren Selbstbehalt, was sich auch zu ihren Gunsten auswirken könnte. Ferner habe auch die Gemeinde ein Interesse an einer geringen Franchise, weil sie das Risiko eines erhöhten Selbsthalts zu tragen hätte. Schliesslich sei unklar, ob die Beschwerdeführerin demnächst von der Sozialhilfe abgelöst werden könne; aktuell zeichne sich jedenfalls eine längerfristige Hilfsbedürftigkeit ab. Die streitbetroffene Auflage der Beschwerdegegnerin sei somit recht- und verhältnismässig.

E. 3.2

Wie schon mit Rekurs stellt sich die Beschwerdeführerin auch mit Beschwerde auf den Standpunkt, dass ihre Gesundheitskosten mit der Franchise von Fr. 1'500.- insgesamt tiefer ausfielen. Gleichzeitig leiste sie damit einen Beitrag, um die hohen Kosten im Gesundheitswesen einzudämmen.

E. 4.1

Zu Recht erwog die Vorinstanz schon in ihrem Beschluss vom 25. November 2015, dass nicht mit Sicherheit gesagt werden kann, ob sich die Lage der Beschwerdeführerin im Fall der Herabsetzung der Franchise – namentlich im Anschluss an eine allfällige Ablösung von der Sozialhilfe – tatsächlich verbessern würde. Die Beschwerdeführerin ist jedenfalls der Auffassung, dass ihre Gesundheitskosten mit der bisherigen, höchsten Franchise minimal ausfallen würden, und will dies mit einer (abstrakten) Berechnung belegen (vorn E. 3.2). Konkrete Angaben zu den in der Vergangenheit effektiv angefallenen Gesundheitskosten können ihren Ausführungen – ebenso wenig wie den Akten – indes nicht entnommen werden. Bekannt ist lediglich, dass sich die Beschwerdeführerin zurzeit um eine IV-Rente bemüht. Unklar bleibt somit zum einen, ob die hohe Franchise bis anhin tatsächlich zu Kosteneinsparungen geführt hat, die bei einer niedrigeren Franchise ausgeblieben wären. Zum anderen können mangels Unterlagen auch keine Prognosen zu künftigen Gesundheitskosten der Beschwerdeführerin abgegeben werden, sofern dies überhaupt möglich wäre. Allerdings erscheint die Auflage im Lichte des Gleichbehandlungsgebots als gerechtfertigt, besteht doch in der Gemeinde B – wie auch in anderen Gemeinden im Kanton Zürich – für sämtliche mit Sozialhilfe unterstützten Personen die Pflicht, die Franchise auf die Minimalfranchise herabzusetzen (vorn E. 2.4; vgl. SKOS-Richtlinien, Kap.A.8.1). Eine solche Regelung läuft wiederum zwar grundsätzlich dem in der Sozialhilfe zu beachtenden Prinzip der Individualisierung entgegen, wonach

Hilfeleistungen jedem einzelnen Fall angepasst sein und sowohl den Zielen der Sozialhilfe im Allgemeinen als auch den Bedürfnissen der betroffenen Person im Besonderen entsprechen müssen (SKOS-Richtlinien, Kap.A.4). In Anbetracht des Umstands, dass sich in der Regel nur schwerlich verlässliche Prognosen in Bezug auf den Gesundheitszustand bzw. die künftig anfallenden Gesundheitskosten stellen lassen und möglicherweise jedes Jahr von Neuem eine Herauf- oder Herabsetzung der Franchise angezeigt sein könnte, ist eine solche Schematisierung jedoch auch aus Praktikabilitätsgründen und zur Vereinfachung der Kostenrechnung der Gemeinden sowie im Hinblick auf die Rechtssicherheit durchaus nachvollziehbar und statthaft (vgl. Iris Schaller Schenk, Das Individualisierungsprinzip, Dike Verlag AG, Zürich/St. Gallen 2016, S. 356 ff.). Dies gilt wenigstens für die Fälle wie den vorliegenden, in denen eine tiefe Franchise nicht offensichtlich unzweckmässig ist, zumal die Beschwerdeführerin in psychiatrischer Behandlung ist. Vor diesem Hintergrund kann das idealistische Ziel der Beschwerdeführerin – die Eindämmung der Gesundheitskosten – keine Rolle spielen. Von untergeordneter Bedeutung ist die von der Vorinstanz angeführte Begründung, dass der Nutzen an einer niedrigen Franchise für die Beschwerdeführerin und im Allgemeinen darin liegen kann, dass damit die Schwelle für die Inanspruchnahme ärztlicher Dienstleistungen gesenkt wird. Gleichwohl spricht auch dies für die Rechtmässigkeit der angefochtenen Auflage. So besteht gerade bei wirtschaftlich schlechter gestellten Personen die Gefahr, dass auf eigentlich notwendige Pflegeleistungen aus finanziellen Gründen verzichtet wird, was sich wiederum auf den Gesundheitszustand auswirken kann (vgl. Bundesamt für Statistik BFS, Gesundheitszustand, Armut und Verzicht auf Pflegeleistungen – Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen (SILC) 2011, Neuenburg Juli 2013, S. 6 f., zu finden unter www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/nachhaltige-entwicklung/cockpit/gesundheit/verzicht-pflegeleistungen-finanzielle-gruende.assetdetail.350805.html). Einerseits kann dies längerfristig tatsächlich zu erhöhten Gesundheitskosten führen. Andererseits ist eine gute Gesundheit zweifellos jeder fürsorgebedürftigen Person zuträglich, um zwei der Hauptziele der Sozialhilfe zu erreichen, nämlich die Förderung der wirtschaftlichen und persönlichen Selbständigkeit und die Gewährleistung der sozialen und beruflichen Integration (vgl. SKOS-Richtlinien, Kap.A.1).

E. 4.2

Der angefochtene Entscheid hält einer Rechtskontrolle stand (§ 50 VRG). Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

E. 5

Ausgangsgemäss sind die Gerichtskosten der Beschwerdeführerin aufzuerlegen (§ 65a Abs. 2 in Verbindung mit § 13 Abs. 2 VRG). Aufgrund ihrer zweifellos angespannten finanziellen Situation sind die Gerichtsgebühren massvoll zu bemessen (Plüss, § 13 N. 39). Im Gegensatz zur Beschwerdeführerin beantragte die Beschwerdegegnerin eine Parteientschädigung. Darauf hat sie indes keinen Anspruch, weil der vor Verwaltungsgericht geleistete Aufwand nicht als aussergewöhnlich erscheint und die Erhebung bzw. Beantwortung von Rechtsmitteln grundsätzlich zur üblichen Amtstätigkeit gehört (Plüss, § 17 N. 51).

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