

WBE.2018.145 / pn / we

(BE.2018.009)

Art. 101

Urteil vom 21. August 2018

Besetzung Verwaltungsrichter Michel, Vorsitz
Verwaltungsrichter Brandner
Verwaltungsrichter Oetiker
Gerichtsschreiber-Stellvertreterin Niedermann

Beschwerde- Y. _____
führer

gegen

Gemeinderat X. _____

Departement Gesundheit und Soziales, Kantonaler Sozialdienst,
Beschwerdestelle SPG, Obere Vorstadt 3, 5001 Aarau

Gegenstand Beschwerdeverfahren betreffend Sozialhilfe

Entscheid des Departements Gesundheit und Soziales vom 8. März 2018

Das Verwaltungsgericht entnimmt den Akten:

A.

1.

Y., geboren am (...), ist in X. wohnhaft und bezieht seit dem 1. Februar 2011 von der Gemeinde X. Sozialhilfe.

2.

Am 17. Oktober 2017 verfügte der Sozialausschuss X. Folgendes:

1. Y. und/oder allfällige ebenfalls unterstützte Angehörige wird/werden verpflichtet, nach Erhalt der Police 2018 zu prüfen, ob die Prämien den Richtprämien für das Jahr 2018 entsprechen.
2. Wenn die Krankenkassenprämien höher sind als die Richtprämien, ist eine entsprechende Offerte mit Hausarztmodell oder Telmed-Modell bei der bestehenden Krankenkasse zu verlangen oder eine Krankenkasse mit passenden Prämien zu suchen. Dabei ist zu beachten, dass die Franchise CHF 300.– betragen muss.
3. Sobald eine neue Krankenkasse abgeschlossen wird, ist dem Sozialdienst umgehend eine Kopie der neuen Police einzureichen. Damit die bisherige Krankenkasse gekündigt werden kann, muss bereits eine Neue abgeschlossen werden.
4. Für die Umsetzung der Auflagen und der rechtzeitige Krankenkassen- bzw. Modellwechsel wird eine Frist bis zum 30.11.2017 gegeben.
5. Falls die Krankenkassenprämie anfangs 2018 nicht den Richtprämien entspricht und die nötigen Schritte nicht eingeleitet worden sind, um die Prämien zu reduzieren, wird mit neuer Verfügung die Auflage erteilt, eine günstigere Krankenkasse zu suchen.
6. Werden die mit der materiellen Hilfe verbundenen Auflagen/Weisungen nicht eingehalten, wird die materielle Hilfe mit separater rechtsmittelfähiger Verfügung gekürzt. Die Kürzung kann bis 30% vom Grundbedarf betragen.
7. Der Sozialdienst überprüft auf begründetes Gesuch hin, ob Gründe vorliegen, welche die Übernahme der höheren Prämie rechtfertigen.

B.

1.

Dagegen erstattete Y. mit Schreiben vom 24. Oktober 2017 Einsprache beim Gemeinderat X..

2.

Mit Beschluss vom 4. Dezember 2017 bestätigte der Gemeinderat die Verfügung des Sozialausschusses vom 17. Oktober 2017 wie folgt:

1. Die Krankenversicherung 2018 hat den Richtprämien 2018 des Regierungsrates zu entsprechen. Falls die Krankenkassenprämien höher als die Richtprämien sind, ist eine entsprechende Offerte mit Hausarztmodell oder Telmed-Modell bei der bestehenden Krankenkasse zu verlangen oder eine Krankenkasse mit passenden Prämien zu suchen. Dabei ist zu beachten, dass die Franchise Fr. 300.00 betragen muss.
2. Sobald eine neue Krankenkassen-Police abgeschlossen wird, ist dem Sozialdienst umgehend eine Kopie der neuen Police einzureichen. Damit die bisherige Krankenkasse gekündigt werden kann, muss bereits eine neue Versicherung abgeschlossen worden sein.
3. Falls die Krankenkassenprämie Anfang 2018 nicht den Richtprämien entspricht, und die nötigen Schritte nicht eingeleitet wurden, um die Prämien zu reduzieren, werden nur die Richtprämien vergütet.

C.

1.

Mit Eingabe vom 6. Januar 2018 erhob Y. Beschwerde beim Departement Gesundheit und Soziales (DGS), Kantonaler Sozialdienst, Beschwerdestelle SPG, und beantragte sinngemäss die Aufhebung des Gemeinderatsbeschlusses vom 4. Dezember 2017 sowie die Vergütung der Prämien für die obligatorische Krankenversicherung im bisherigen Umfang.

2.

Die Beschwerdestelle SPG wies mit Entscheid vom 8. März 2018 die Beschwerde ab, soweit sie darauf eintrat.

3.

Eine am 23. Februar 2018 vom Sozialausschuss X. ergangene Verfügung wurde – nachdem Y. dagegen Einsprache erhoben hatte – vom Gemeinderat X. unter Hinweis auf das vor Verwaltungsgericht hängige Verfahren aufgehoben (vgl. Verwaltungsgerichtsbeschwerde, Beilagen 4 und 5; Ergänzung zur Verwaltungsgerichtsbeschwerde, Beilage 1).

D.

1.

Gegen den Entscheid der Beschwerdestelle SPG erhob Y. mit Eingabe vom 8. April 2018 (Datum Postaufgabe: 9. April 2018) Verwaltungsgerichtsbeschwerde, mit folgenden Anträgen:

1. Die Beschwerdefrist sei als gewahrt anzuerkennen.
2. Die entstandenen und ggfls. entstehenden Kosten seien zu erlassen und/oder hilfsweise unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren.
3. Der Entscheid des kantonalen Sozialdienstes sei zu verwerfen und neu zu meinen Gunsten zu entscheiden.

2.

Die Beschwerdestelle SPG beantragte in der Beschwerdeantwort vom 11. April 2018 die Abweisung der Beschwerde unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten des Beschwerdeführers.

3.

Mit Schreiben vom 3. Mai 2018 verzichtete der Gemeinderat X. auf eine Stellungnahme.

4.

Der Beschwerdeführer reichte am 4. Juni 2018 eine Ergänzung zur Beschwerde ein.

5.

Das Verwaltungsgericht hat den Fall am 21. August 2018 beraten und entschieden.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

I.

1.

Gegen letztinstanzliche Entscheide der Verwaltungsbehörden ist die Verwaltungsgerichtsbeschwerde zulässig (§ 54 Abs. 1 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 4. Dezember 2007 [Verwaltungsrechtspflegegesetz, VRPG; SAR 271.200]). Nach § 58 Abs. 1 des Gesetzes über die öffentliche Sozialhilfe und die soziale Prävention vom 6. März 2001 (Sozialhilfe- und Präventionsgesetz, SPG; SAR 851.200) können Verfügungen und Entscheide der Sozialbehörden mit Beschwerde beim Departement Gesundheit und Soziales (DGS) angefochten werden (§ 39a der Sozialhilfe- und Präventionsverordnung vom 28. August 2002 [SPV; SAR 851.211]). Die Entscheide des DGS können an das Verwaltungsgericht weitergezogen werden (§ 58 Abs. 2 SPG). Dieses ist somit zur Beurteilung vorliegender Beschwerde zuständig.

2.

Mit dem angefochtenen Entscheid wird bestätigt, dass die Prämien für die Grundversicherung nur noch im Umfang des Richtwerts übernommen werden. Der Beschwerdeführer wird angewiesen, die Krankenkassenprämien an die Richtprämie anzupassen, andernfalls die materielle Hilfe gekürzt wird. Dadurch ist er beschwert und zur Verwaltungsgerichtsbeschwerde legitimiert (§ 58 Abs. 4 SPG i.V.m. § 42 lit. a VRPG).

Die Prüfung der Prozessvoraussetzungen erfolgt von Amtes wegen. Auf Antrag Ziffer 1 (Fristwahrung) ist nicht gesondert einzutreten.

3.

Die weiteren Beschwerde Voraussetzungen geben zu keinen Bemerkungen Anlass. Auf die form- und fristgerecht erhobene Beschwerde ist somit einzutreten.

Der Beschwerdeführer wird darauf hingewiesen, dass die Zustelldaten auf der Homepage der schweizerischen Post eingesehen werden können (auch bei A-Post-Plus-Sendungen).

4.

Mit der Verwaltungsgerichtsbeschwerde können die unrichtige oder unvollständige Feststellung des Sachverhalts sowie Rechtsverletzungen gerügt werden (§ 58 Abs. 4 SPG i.V.m. § 55 Abs. 1 VRPG). Die Rüge der Unangemessenheit ist demgegenüber ausgeschlossen (Umkehrschluss aus § 55 Abs. 3 VRPG).

II.

1.

Der Beschwerdeführer wehrt sich gegen die Auflage/Weisung, seine Prämien für die obligatorische Krankenversicherung an die Richtprämie anzupassen. Sinngemäss bringt er vor, dass ihn die Auflage/Weisung zu einem Wechsel der Krankenkasse verpflichte und massiv in seine Grundrechte eingreife, weshalb sie unverhältnismässig sei. Er verlange die Übernahme der bisherigen Prämie. Seine aktuelle Krankenkasse decke spezielle Behandlungsmethoden und Medikamente, welche für ihn aus gesundheitlichen Gründen notwendig seien. Weiter bestehe keine Einschränkung des Leistungserbringers. Er habe sich vergeblich bemüht, eine günstigere vergleichbare Krankenkasse zu finden (vgl. Verwaltungsgerichtsbeschwerde, S. 4 f.).

2.

Die Vorinstanz führte dagegen aus, die fragliche Auflage/Weisung diene dazu, die finanzielle Situation des Beschwerdeführers zu verbessern. Sie verwies auf das Subsidiaritätsprinzip, wonach unterstützte Personen nicht besser zu stellen seien als nicht unterstützte in bescheidenen Verhältnissen. Eine Person, welche ihren Lebensunterhalt aus eigenen Mitteln bestreiten müsse, verzichte erwartungsgemäss nicht auf eine mögliche Einsparung bei den Krankenkassenprämien. Weiter unterlasse es der Beschwerdeführer, substantiiert darzulegen, weshalb ihm der die Richtprämie übersteigende Betrag zu gewähren sei. Die ergangene Weisung sei zulässig, zumal seine Gesundheitskosten massiv überhöht seien und somit in einem klaren Widerspruch zum Subsidiaritätsprinzip und der ihm obliegenden Schadensminderungspflicht stünden (angefochtener Entscheid, Erw. II/3.2).

3.

3.1.

Anspruch auf Sozialhilfe besteht, sofern die eigenen Mittel nicht genügen und andere Hilfeleistungen nicht rechtzeitig erhältlich sind oder nicht ausreichen (§ 5 Abs. 1 SPG; Subsidiarität). Die Hilfe suchende Person ist verpflichtet, sich nach Möglichkeit selbst zu helfen; sie muss alles Zumutbare unternehmen, um eine Notlage aus eigenen Kräften abzuwenden oder zu beheben (vgl. die gemäss § 10 Abs. 1 SPG i.V.m. § 10 Abs. 1 SPV für die Bemessung der materiellen Hilfe grundsätzlich verbindlichen Richtlinien für die Ausgestaltung und Bemessung der Sozialhilfe, herausgegeben von der Schweizerischen Konferenz für Sozialhilfe [SKOS-Richtlinien], 4. Auflage, April 2005, in der Fassung vom 1. Januar 2017, Kap. A.4). Ausdruck dieser Subsidiarität ist, dass das fürsorgepflichtige Gemeinwesen nicht eine kostspielige Versorgung oder Krankenversicherung finanzieren muss, wenn auch mit einer kostengünstigeren Lösung eine ausreichende medizinische Versorgung sichergestellt ist (vgl. BGE 133 V 353, Erw. 4.2 m.w.H.).

Im Sinne der Subsidiarität kann die Gewährung materieller Hilfe mit Auflagen/Weisungen verbunden werden (§ 13 Abs. 1 SPG). Die gesetzlichen Grundlagen bezwecken, die richtige Verwendung sicherzustellen sowie die Lage der Hilfe suchenden Person und ihrer Angehörigen zu verbessern, namentlich durch Bestimmungen über die zweckmässige Verwendung der materiellen Hilfe, die Aufnahme zumutbarer Arbeit oder andere Verhaltensregeln, die nach den Umständen angebracht erscheinen (vgl. § 14 SPV in der Fassung bis 31. Dezember 2017). Werden Auflagen/Weisungen, die mit der Androhung der Folgen bei Missachtung erlassen wurden, nicht befolgt, kann die materielle Hilfe gekürzt werden (§ 13 Abs. 2 SPG in der Fassung bis 31. Dezember 2017). Auflagen/Weisungen müssen dem fürsorgerischen Zweck der Sozialhilfeleistung dienen und die allgemeinen Rechtsgrundsätze, insbesondere das Verhältnismässigkeitsprinzip, beachten. Die Verhältnismässigkeit einer Auflage/Weisung ist im Einzelfall zu prüfen (vgl. CLAUDIA HÄNZLI, Die Richtlinien der schweizerischen Konferenz für Sozialhilfe, Basel 2011, S. 146 f.; URS VOGEL, Rechtsbeziehungen – Rechte und Pflichten der unterstützten Person und der Organe der Sozialhilfe, in: CHRISTOPH HÄFELI [Hrsg.], Das Schweizerische Sozialhilferecht, Luzern 2008, S. 183; SKOS-Richtlinien, Kap. A.8.1, H.12).

Gebundene Ausgaben wie der Wohnungsmietzins oder die Prämien für die obligatorische Krankenversicherung werden im Rahmen der materiellen Hilfe grundsätzlich übernommen (§ 10 Abs. 4 SPV; SKOS-Richtlinien, Kap. B.5-2). Die unterstützte Person hat maximal Anspruch auf einen Beitrag in der Höhe der Richtprämie (§ 17 Abs. 2 des Gesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 15. Dezember 2015 [KVG; SAR 837.200]). Liegen diese Ausgaben jedoch über den jeweils

geltenden Richtwerten, kann die Gewährung der materiellen Hilfe mit der Auflage/Weisung verbunden werden, die Krankenkassenprämien innert einer angemessenen Frist an die entsprechenden Richtwerte anzupassen (so ausdrücklich § 13a Abs. 1 SPG [in Kraft seit 1. Januar 2018]; vgl. auch Handbuch Soziales des Kantons Aargau, 2015, abrufbar unter www.ag.ch, Kap. 6.3.1 und Kap. 11). Missachtet die unterstützte Person die Auflage/Weisung mit Kürzungsandrohung, wird die Krankenversicherungsprämie nur noch im Umfang des Richtwerts übernommen (§ 13a Abs. 2 SPG [in Kraft seit 1. Januar 2018] setzt neu das Fehlen triftiger Gründe voraus).

Je nach Art der gebundenen Ausgabe gelten andere Richtwerte. Für die obligatorische Krankenversicherung legt der Regierungsrat die Richtprämien gemäss § 5 Abs. 1 KVGG in Verbindung mit § 4 Abs. 1 der Verordnung zum Gesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 16. März 2016 (V KVGG; SAR 837.211) fest. Die Richtprämie entspricht dem Durchschnittswert der jeweils zehn günstigsten Prämien im Kanton Aargau für HMO- oder Hausarztversicherungsmodelle (§ 4 Abs. 1 V KVGG).

3.2.

Die umstrittene Auflage/Weisung sieht vor, dass der Beschwerdeführer die Kosten für die obligatorische Grundversicherung an die entsprechende Richtprämie anzupassen hat, und entspricht den gesetzlichen Vorgaben. Die Verhältnismässigkeit der Auflage/Weisung ist nachfolgend zu prüfen.

Dem Beschwerdeführer steht es – entgegen seinen Ausführungen – frei, ob er seine Prämien der obligatorischen Krankenversicherung mit der eingeschränkten Wahl des Leistungserbringers nach Art. 41 Abs. 4 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG; SR 832.10) in Verbindung mit Art. 62 Abs. 1 KVG oder einem Kassenwechsel an die Richtprämie anpasst. Gemäss Dispositivziffer 1 des Beschlusses vom 4. Dezember 2017 muss bei höheren Krankenkassenprämien "eine entsprechende Offerte mit Hausarztmodell oder Telmed-Modell bei der bestehenden Krankenkasse [verlangt] oder eine Krankenkasse mit passenden Prämien [gesucht werden]" (Akten Vorinstanz, S. 4). Dem Beschwerdeführer wurden somit zwei Wege (Modell- oder Krankenkassenwechsel) aufgezeigt; ein Krankenkassenwechsel ist nicht zwingend. Weitere Argumente, welche gegen die Verhältnismässigkeit der Auflage/Weisung sprechen könnten, führt der Beschwerdeführer nicht an. Indem er zur Senkung seiner obligatorischen Krankenkassenprämien angehalten wird, bezieht sich die Auflage/Weisung auf die zweckmässige Verwendung der materiellen Hilfe und ist geeignet, seine Lage zu verbessern (vgl. § 13 Abs. 1 SPG in der Fassung ab 1. Januar 2018). Unter Berücksichtigung dieser Überlegungen erscheint die Auflage/Weisung ver-

hältnismässig und es kann offen bleiben, ob die Gesundheitskosten des Beschwerdeführers – wie die Vorinstanz erwog – massiv überhöht sind (vgl. angefochtener Entscheid, Erw. II/3.2).

Selbst wenn die fragliche Auflage/Weisung nur mit einem Wechsel der Krankenkasse erfüllbar wäre, könnte nicht von einer Unverhältnismässigkeit ausgegangen werden. Dies vor dem Hintergrund, dass die Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung im Gesetz abschliessend geregelt sind (Art. 34 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 25 – 33 KVG; vgl. SKOS-Richtlinien, Kap. B.5-1; Handbuch Soziales, Kap. 6.3.1) und die medizinische Grundversicherung durch die obligatorische Krankenversicherung gedeckt ist. Diese Leistungen werden von jeder Krankenkasse – sowohl im Hausarzt- als auch im Telmed-Modell – garantiert (Art. 41 Abs. 4 Satz 3 KVG). Somit ist eine ausreichende medizinische Grundversorgung unabhängig von Versicherer und Versicherungsmodell gewährleistet (vgl. Entscheid des Verwaltungsgerichts [VGE] vom 30. November 2017 [WBE.2017.355], Erw. II/2.5). Ein allfälliger Krankenkassen- oder Modellwechsel im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung ist von der unterstützten Person grundsätzlich hinzunehmen.

3.3.

Der Beschwerdeführer argumentiert sinngemäss, die aktuelle Police mit den höheren Prämien sei für ihn aus medizinischen Gründen notwendig. Gleichzeitig unterlässt er es, minimal darzulegen, inwiefern sein Gesundheitszustand die Übernahme einer höheren Krankenkassenprämie rechtfertigen soll. Es ergibt sich dazu auch nichts aus den Akten. Er macht weiter geltend, dass er sich um eine neue, günstigere Krankenkasse aktiv bemüht habe. So habe er bei der Krankenkasse Luzerner Hinterland eine Offerte eingeholt; dabei seien ihm günstigere Prämien für die obligatorische Krankenkasse angeboten worden. Dieses Angebot habe er jedoch abgelehnt, weil die Kosten für Leistungen im von ihm "dringend benötigten Medizinbereich" nicht übernommen würden (Verwaltungsgerichtsbeschwerde, S. 4 f. und Beilage 3). Damit vermag der Beschwerdeführer einerseits keine aktive und zugleich erfolglose Suche nach einer günstigeren Krankenkasse zu belegen. Andererseits ist die verfügte Auflage/Weisung aufgrund der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde auch noch nicht vollstreckbar; der Beschwerdeführer ist weiterhin gehalten, eine kostengünstige Lösung zu suchen (vgl. hinten Erw. 4).

3.4.

Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, er müsse aufgrund gedeckter zusätzlicher Leistungen bei seiner jetzigen Krankenkasse versichert bleiben, ist dies nicht Gegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens. Die Auflage/Weisung betrifft einzig die Prämien für die obligatorische Grundversicherung nach KVG. Gemäss dem Schreiben vom 11. Mai 2017 der aktuellen Krankenkasse wurden die zusätzlichen

Leistungen aus einer Zusatzversicherung ("Completa Top") erstattet (vgl. Verwaltungsgerichtsbeschwerde, Beilage 2, S. 1). Die Prämien der Zusatzversicherung gehören grundsätzlich nicht zur materiellen Hilfe (Handbuch Soziales, Kap. 6.3.1) und richten sich nach dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908 (Versicherungsvertragsgesetz, VVG; SR. 221.229.1). Die Vorbringen des Beschwerdeführers in Bezug auf die Zusatzversicherung sind daher unbeachtlich. Diese wären nur dann relevant, wenn die Zusatzversicherung ausnahmsweise von der materiellen Hilfe zu übernehmen und nicht mit einer günstigeren obligatorischen Krankenversicherung kombinierbar wäre. Beides ist im vorliegenden Fall weder erkennbar noch vom Beschwerdeführer behauptet worden.

4.

Die Auflage/Weisung des Gemeinderats X. betreffend Übernahme von Krankenkassenprämien ist folglich nicht zu beanstanden und die Beschwerde diesbezüglich abzuweisen.

Aufgrund der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde gemäss § 58 Abs. 4 SPG i.V.m. § 46 Abs. 1 VRPG ist die Auflage/Weisung noch nicht in Rechtskraft erwachsen. Die Frist für den Wechsel bei der Grundversicherung ist infolge des Rechtsmittelverfahrens neu festzulegen. Ziffer 3 des gemeinderätlichen Beschlusses ist von Amtes wegen abzuändern, wobei die Kürzungsandrohung neu ab Anfang 2019 gilt. Bis zu diesem Zeitpunkt kann ein Wechsel des Versicherungsmodells oder der Krankenkasse erfolgen.

5.

5.1.

Der Beschwerdeführer verlangt sodann den Erlass der vorinstanzlichen Verfahrenskosten von Fr. 1'091.00. Weiter beanstandet er die Verweigerung der unentgeltlichen Rechtspflege durch die Vorinstanz.

5.2.

Das Verwaltungsgericht kann gemäss § 22 Abs. 2 des Dekrets über die Verfahrenskosten vom 24. November 1987 (Verfahrenskostendekret, VKD; SAR 221.150) die von der Vorinstanz festgesetzten Gebühren reduzieren. Die Staatsgebühr kann angemessen reduziert werden, wenn sie für die zahlungspflichtige Person eine untragbare Härte bedeutet (§ 3 Abs. 3 VKD; vgl. auch § 27 Abs. 1 VKD für den Verzicht auf die Kanzleigebühr).

Gemäss § 31 Abs. 2 VRPG werden die Kosten des Beschwerdeverfahrens nach Massgabe des Unterliegens und Obsiegens auf die Parteien verteilt. Das erstinstanzliche Verwaltungsverfahren ist demgegenüber grundsätzlich unentgeltlich (§ 31 Abs. 1 VRPG). Der Beschwerdeführer

unterlag im vorinstanzlichen Verfahren, weshalb die Auferlegung der Verfahrenskosten rechtens war. Aus den Umständen des vorinstanzlichen Verfahrens ergeben sich keine Anhaltspunkte für eine fehlerhafte Kostenaufgabe oder eine untragbare Härte oder einen anderen Grund, welcher eine Reduktion der Verfahrenskosten rechtfertigen würde.

Die Beschwerde ist daher auch in diesem Punkt unbegründet und abzuweisen.

5.3.

Für die Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege muss bei der zuständigen Behörde ein entsprechendes Gesuch gestellt werden (§ 34 Abs. 1 VRPG). Dies gilt unabhängig davon, ob eine Person sozialhilfebedürftig ist oder nicht. Der Beschwerdeführer hat gemäss eigenen Angaben kein Gesuch bei der Vorinstanz gestellt (vgl. Verwaltungsgerichtsbeschwerde, S. 3). Entgegen seinen Ausführungen wurde er im der Verfügung vom 8. Januar 2018 beiliegenden Merkblatt "Hinweise an die Parteien" von der Vorinstanz darauf hingewiesen, dass das Verfahren kostenpflichtig ist und nur auf schriftliches Gesuch hin unentgeltliche Rechtspflege gewährt werden kann (vgl. Akten Vorinstanz, S. 9). Zusätzlich verwies die Vorinstanz im Begleitschreiben zur Verfügung vom 8. Januar 2018 auf das beigelegte Merkblatt (vgl. Akten Vorinstanz, S. 10).

Die Nichtgewährung der unentgeltlichen Rechtspflege lässt sich mangels Gesuch nicht beanstanden.

III.

1.

Entsprechend dem Verfahrensausgang hat der Beschwerdeführer die verwaltungsgerichtlichen Kosten zu tragen (vgl. § 31 Abs. 2 VRPG). Die Staatsgebühr wird unter Berücksichtigung des Zeitaufwands und der Bedeutung der Sache auf Fr. 1'200.00 festgelegt (vgl. § 3 Abs. 1 VKD i.V.m. § 22 Abs. 1 lit. c VKD).

2.

2.1.

Der Beschwerdeführer ersucht für das verwaltungsgerichtliche Verfahren um Erlass der Verfahrenskosten und eventualiter um unentgeltliche Rechtspflege.

2.2.

Die Staatsgebühr kann gemäss § 3 Abs. 3 VKD angemessen reduziert werden, wenn sie für die zahlungspflichtige Person eine untragbare Härte bedeutet. In Verfahren der Verwaltungsrechtspflege, für die keine Staatsgebühr erhoben wird, kann zudem auf die Erhebung der Kanzleigeühren verzichtet werden (§ 27 Abs. 1 VKD).

Es sind vorliegend keine Umstände ersichtlich, welche die Auflage der Staatsgebühr als unangemessen erscheinen liessen und somit einen Erlass der Verfahrenskosten begründen könnten. Es kann insbesondere nicht von einer untragbaren Härte für den Beschwerdeführer ausgegangen werden.

2.3.

Auf Gesuch befreit die zuständige Behörde natürliche Personen von der Kosten- und Vorschusspflicht, wenn die Partei ihre Bedürftigkeit nachweist und das Begehren nicht aussichtslos erscheint (§ 34 Abs. 1 VRPG). Im Übrigen gelten die Bestimmungen des Zivilprozessrechts (§ 34 Abs. 3 VRPG).

Der Beschwerdeführer ist Sozialhilfebezüger. Seine Mittellosigkeit ist aufgrund der Akten ausgewiesen. Als aussichtslos sind nach der Rechtsprechung Begehren zu bezeichnen, bei denen die Gewinnaussichten beträchtlich geringer sind als die Verlustgefahren und die deshalb kaum als ernsthaft bezeichnet werden können. Dagegen gilt ein Begehren nicht als aussichtslos, wenn sich die Gewinnaussichten und Verlustgefahren ungefähr die Waage halten oder jene nur wenig geringer sind als diese. Massgebend ist, ob eine Partei, die über die notwendigen finanziellen Mittel verfügt, sich bei vernünftiger Überlegung zu einem Prozess entschliessen würde. Eine Partei soll einen Prozess, den sie auf eigene Rechnung und Gefahr nicht führen würde, nicht deshalb anstrengen können, weil er sie nichts kostet (BGE 139 III 396, Erw. 1.2; 129 I 129, Erw. 2.3.1; 128 I 225, Erw. 2.5.3). Ob im Einzelfall genügende Erfolgsaussichten bestehen, beurteilt sich aufgrund einer vorläufigen und summarischen Prüfung der Prozessaussichten, wobei die Verhältnisse im Zeitpunkt der Einreichung des Gesuchs massgebend sind (BGE 138 III 217, Erw. 2.2.4; 133 III 614, Erw. 5).

Der Beschwerdeführer wehrt sich gegen die Weisung, die Prämien der obligatorischen Krankenversicherung auf die Höhe der Richtprämie zu reduzieren. Er begründet sein Begehren jedoch kaum und bringt keine sachlichen Gründe vor, welche für eine Übernahme der effektiven Prämien für die obligatorische Krankenversicherung sprechen würden. Vielmehr räumt er selber ein, eine Krankenkasse mit günstigeren Prämien gefunden zu haben. Darüber hinaus geht sein Argument, mit der Weisung sei unweigerlich ein Krankenkassenwechsel verbunden, offensichtlich fehl; der Beschwerdeführer verkennt die Möglichkeit des Modellwechsels innerhalb seiner aktuellen Krankenkasse (vgl. vorne Erw. II/3.2). Unter diesen Umständen muss die Beschwerde als aussichtslos qualifiziert werden. Dem Beschwerdeführer ist daher die unentgeltliche Rechtspflege zu verweigern.

3.

Ein Parteikostenersatz ist bei diesem Ergebnis und mangels Vertretung der Gegenpartei nicht geschuldet (vgl. § 29 i.V.m. § 32 Abs. 2 VRPG).

Das Verwaltungsgericht erkennt:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.

2.

Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird abgewiesen.

3.

Der Beschluss des Gemeinderats X. vom 4. Dezember 2017 wird in Ziffer 3 von Amtes wegen abgeändert und lautet neu wie folgt:

3. Falls die Krankenkassenprämie Anfang 2019 nicht den Richtprämien entspricht, und die nötigen Schritte nicht eingeleitet wurden, um die Prämien zu reduzieren, werden nur die Richtprämien vergütet.

4.

Die verwaltungsgerichtlichen Verfahrenskosten, bestehend aus einer Staatsgebühr von Fr. 1'200.00 sowie der Kanzleigebür und den Auslagen von Fr. 200.00, gesamthaft Fr. 1'400.00, sind vom Beschwerdeführer zu bezahlen.

5.

Es werden keine Parteikosten ersetzt.

Zustellung an:

den Beschwerdeführer

den Gemeinderat

das Departement Gesundheit und Soziales, Kantonaler Sozialdienst,
Beschwerdestelle SPG

Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten

Dieser Entscheid kann wegen Verletzung von Bundesrecht, Völkerrecht, kantonalen verfassungsmässigen Rechten sowie interkantonalem Recht innert **30 Tagen** seit der Zustellung mit **Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten** beim **Schweizerischen Bundesgericht**, Schweizerhofquai, 6004 Luzern, angefochten werden. Die Frist steht still vom 7. Tag vor bis und mit 7. Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit

15. August und vom 18. Dezember bis und mit 2. Januar. Die unterzeichnete Beschwerde muss das Begehren, wie der Entscheid zu ändern sei, sowie in gedrängter Form die Begründung, inwiefern der angefochtene Akt Recht verletzt, mit Angabe der Beweismittel enthalten. Der angefochtene Entscheid und als Beweismittel angerufene Urkunden sind beizulegen (Art. 82 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [Bundesgerichtsgesetz, BGG; SR 173.110] vom 17. Juni 2005).

Aarau, 21. August 2018

Verwaltungsgericht des Kantons Aargau

3. Kammer

Vorsitz:

Gerichtsschreiber-Stv.:

Michel

Niedermann