

ZH_VERWALTUNGSGERICHT VB.2007.00515 vom 2. November 2007

ZH Verwaltungsgericht, 2007-11-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_verwaltungsgericht__VB.2007.00515

FR: ZH_VERWALTUNGSGERICHT VB.2007.00515 du 2 novembre 2007

IT: ZH_VERWALTUNGSGERICHT VB.2007.00515 del 2 novembre 2007

Regeste

Sozialhilfe | Sozialhilfe: Kostenübernahme für Zusatzversicherung der Krankenkasse (Fr. 50.-) und medizinische Mehrauslagen von Fr. 100.-/Mt; Auflage eine 50%-Stelle anzunehmen. Krankheits- und behindersbedingte Spezialauslagen sind gemäss Ziff. C.1.1 der SKOS-Richtlinien zu übernehmen. Dies sind Kosten für Leistungen, die nicht im Rahmen der medizinischen Grundversorgung liegen, im konkreten Einzelfall aber sinnvoll und nutzbringend sind (E. 2). Das Verwaltungsgericht hat nur zu entscheiden, ob die Leistungen, welche übernommen werden sollen, sinnvoll und nutzbringend sind. Da der Entscheid darüber jedoch weitgehend im Ermessen der Beschwerdegegnerin liegt, ist das Verwaltungsgericht auf eine Rechtskontrolle beschränkt (§ 50 Abs. 2 VRG). Trotz verschiedener nicht schulmedizinischer Behandlungen hat sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nicht grundlegend verbessert. Es ist deshalb nicht zu beanstanden, wenn die Beschwerdegegnerin medizinische Mehrauslagen sowie die Prämien für die Zusatzversicherung der Krankenkasse nicht mehr übernimmt (E. 3.4). Da aufgrund der vorhandenen Unterlagen eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin derzeit nicht erstellt ist und sich die Auflage zur Annahme einer Arbeitsstelle gar kontraproduktiv auswirken könnte, ist sie aufzuheben (E. 4.2). Teilweise Gutheissung der Beschwerde.

Erwägungen

E. 3

Abteilung VB.2007.00515 Entscheid der Einzelrichterin vom 29. Januar 2008 Mitwirkend: Verwaltungsrichterin Elisabeth Trachsel, Gerichtssekretär Markus Heer. In Sachen A, Beschwerdeführerin, gegen Gemeinde Y, Beschwerdegegnerin, betreffend Sozialhilfe, hat sich ergeben: I. A wird von der Gemeinde Y seit dem 1. November 2005 mit wirtschaftlicher Hilfe unterstützt und ist seither gemäss diversen Arztzeugnissen aufgrund eines nicht näher spezifizierbaren Krankheitsbilds zu 100% arbeitsunfähig. Bisher beanspruchte sie sowohl schul- als auch komplementärmedizinische Hilfe. Ihre Eltern leisten der Gemeinde monatlich einen Beitrag von Fr. 500.-. Ein Antrag um Ausrichtung einer Invalidenrente wurde von der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich mit Verfügung vom 13. September 2006 abgelehnt. Gegen diesen Entscheid ist derzeit eine Beschwerde beim Sozialversicherungsgericht hängig. Am 31. Oktober 2006 holte die Gemeinde Y beim Bezirksarzt ein Gutachten ein. Dieser kam am 12. Februar 2007 zum Schluss, aus den sehr umfassenden medizinischen Akten gehe hervor, dass viele der subjektiven Befindlichkeitsstörungen keiner Krankheit zugeordnet werden könnten. Vorzugsweise sollten die Fäden sämtlicher ärztlichen Behandlungen bei einem Hausarzt zusammenlaufen. Allenfalls müsse versicherungstechnisch das "Hausarztmodell" gewählt werden. Nicht schulmedizinische Behandlungen seien in der speziellen Situation strikt

abzulehnen, zumal sie das subjektive Krankheitsgefühl der Patientin verstärkten. Ein Teilarbeitspensum könnte auch therapeutisch wirken. Wenn möglich sollte ein Arbeitsversuch von einer Reintegrations-Fachperson begleitet werden. Zudem sollte eine Psychotherapeutin gefunden werden. Mit Beschluss vom 20. März 2007 hielt die Sozialbehörde Y fest, dass der Hausarzt von A Überblick über alle ihre Behandlungen haben und sie nur solche, welche dieser anordne, in Anspruch nehmen sollte. Sie wurde aufgefordert, bei der Krankenkasse eine neue Police für das Hausarztmodell zu beantragen. Die Kostengutsprache für medizinische Mehrauslagen von monatlich Fr. 100.- wurde per 1. Mai 2007 gestrichen, ebenso jene für die Prämien der Zusatzversicherungen der Krankenkasse. Damit einhergehend wurde festgehalten, dass für Behandlungen ab 1. Mai 2007 keine entsprechenden Selbstbehalte und Franchisen mehr übernommen würden. Zudem wurde A aufgefordert, sich beim Ambulatorium D für eine psychiatrische Abklärung und eine anschliessende psychologische Behandlung anzumelden sowie eine Arbeit von 50% durch den B anzunehmen, wobei bei einer effektiven Tätigkeit anstelle der bisherigen Integrationszulage (IZU) von Fr. 100.- eine solche von Fr. 150.- entrichtet würde. Auch würde ohne ärztliche Bescheinigung bezüglich des überdurchschnittlichen Wachstums ihrer Tochter kein zusätzlicher Betrag für Mehrkosten betreffend Kleider bezahlt. Bei Nichtbefolgen der Auflagen erfolge eine Kürzung der wirtschaftlichen Hilfe um 10% des Grundbedarfs (Fr. 147.-) für vorläufig sechs Monate. Einem allfälligen Rekurs wurde die aufschiebende Wirkung entzogen. II. Am 22. April 2007 erhob A beim Bezirksrat Z Rekurs gegen den Beschluss der Gemeinde Y vom 20. März 2007. Sie beanstandete das Gutachten des Bezirksarztes und stellte sich gegen die Streichung der Fr. 100.- für medizinische Mehrauslagen und der Zusatzprämien für Alternativbehandlungen. Absolut indiskutabel sei die Annahme einer 50%-Stelle im geschützten Rahmen, zumal sie zu 100% arbeitsunfähig sei. Auch sei ihre Tochter noch nicht ausgewachsen. Am 17. Juli 2007 erstattete das Ambulatorium D im Auftrag der Gemeinde Y eine weitere Begutachtung betreffend A. Der Präsident des Bezirksrats stellte mit Verfügung vom 19. Juni 2007 die aufschiebende Wirkung des Rekurses im Zusammenhang mit der Kostengutsprache für medizinische Mehrauslagen sowie der Krankenkassen-Zusatzprämien wieder her. Der Bezirksrat wies den Rekurs am 12. September 2007 ab. III. Am 12. November 2007 ging beim Verwaltungsgericht die Beschwerde von A "gegen das Gutachten des Bezirksarztes, den Beschluss der Sozialbehörde Y vom 20. März 2007 und den Rekursentscheid vom 12. September 2007" ein. Sie verlangte nunmehr die Rückgängigmachung der Streichung von Fr. 100.- für medizinische Mehrauslagen und der Übernahme der Kosten für die Zusatzversicherungen. Zudem sei von der Annahme einer 50%-Arbeit durch den B abzusehen. Der Bezirksrat verzichtete am 26. November 2007 auf Vernehmlassung, während die Beschwerdegegnerin am 18. Dezember 2007 sinngemäss Abweisung der Beschwerde beantragte. Die Einzelrichterin zieht in Erwägung: 1. Das Verwaltungsgericht ist nach § 41 Abs. 1 in Verbindung mit § 19c Abs. 2 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes vom 24. Mai 1959 (VRG) zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Der Streitwert liegt unter Fr. 20'000.-, sodass die Sache in die einzelrichterliche Kompetenz fällt (§ 38 Abs. 2 VRG). Da auch die übrigen Prozessvoraussetzungen erfüllt sind, ist auf die Beschwerde einzutreten. Die Einwendungen der Beschwerdeführerin gegen das Gutachten des Bezirksarztes bzw. den erstinstanzlichen Beschluss sind im Rahmen der Beschwerde gegen den Rekursentscheid zu behandeln, da die Letzteren auch Rekursgegenstand waren. 2. 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 in der Fassung vom Dezember 2004, teilweise revidiert im Dezember 2007), wobei Abweichungen im Einzelfall vorbehalten sind. Nach den genannten Richtlinien enthält das individuelle Unterstützungsbudget einerseits die so genannte materielle Grundsicherung, bestehend aus dem Grundbedarf für den Lebensunterhalt sowie den Kosten für die Wohnungsmiete und für die medizinische Grundversorgung, andererseits situationsbedingte Leistungen sowie allfällige Integrationszulagen und/oder Einkommensfreibeträge (SKOS-Richtlinien, Ziff. A.6). Die wirtschaftliche Hilfe darf mit Auflagen und Weisungen verbunden werden, die sich auf die richtige Verwendung der Beiträge beziehen oder geeignet sind, die Lage des Hilfeempfängers zu verbessern (§ 21 SHG). Insbesondere kann die wirtschaftliche Hilfe mit der Weisung verbunden werden, eine zumutbare Arbeit aufzunehmen oder "ähnliche Verhaltensmassregeln, die nach den Umständen angebracht erscheinen", einzuhalten (§ 23 lit. d SHV). Wenn der Hilfesuchende Anordnungen der Fürsorgebehörde nicht befolgt, insbesondere Auflagen und Weisungen missachtet, und er zudem auf die Möglichkeit einer Leistungskürzung schriftlich hingewiesen worden ist, können die Leistungen gekürzt werden. Ein solcher Hinweis kann mit der Anordnung der Fürsorgebehörde verbunden werden (§ 24 Abs. 2 SHG in der bis 31. Dezember 2007 geltenden Fassung). Gemäss Ziff. C.1.1 der SKOS-Richtlinien sind krankheits- und behinderungsbedingte Spezialauslagen zu übernehmen. Dies sind Kosten für Leistungen, die nicht im Rahmen der medizinischen Grundversorgung liegen, im konkreten Einzelfall aber sinnvoll und nutzbringend sind. Dabei kann es sich um einen über die Grundversorgung hinausgehenden Versicherungsschutz handeln, wenn dies die kostengünstigere Lösung darstellt, oder auch um die Versicherung nicht gedeckter medizinischer Sonderleistungen (zum Beispiel im Rahmen der Komplementär- oder Alternativmedizin).

E. 3.1

Die Beschwerdegegnerin hat bislang der Beschwerdeführerin zugestandene Kosten für medizinische Mehrauslagen von Fr. 100.- sowie von ca. Fr. 50.- für die Zusatzversicherungen der Krankenkasse (präventiv und alternativ) und damit verbundene Selbstbehalte gestützt auf das Gutachten des Bezirksarztes vom 12. Februar 2007 per 1. Mai 2007 gestrichen. Die Vorinstanz hat den erstinstanzlichen Entscheid unter Berufung auf das genannte Gutachten sowie jenes des Ambulatoriums D vom 17. Juli 2007 geschützt, da gemäss den Gutachten erstellt sei, dass das gesundheitliche Befinden der Beschwerdeführerin durch alternativ-medizinische Massnahmen nicht erheblich verbessert werden könne. Die ärztlich indizierten Massnahmen würden alle von der Grundversicherung bezahlt, weshalb auch nicht zu beanstanden sei, dass die Beschwerdegegnerin Zusatzversicherungskosten der Krankenkasse und damit verbundene Selbstbehaltskosten nicht mehr übernehme.

E. 3.2

Die Beschwerdeführerin macht geltend, wegen Haarausfalls täglich drei Tabletten schlucken zu müssen. Zudem brauche sie jeden Tag mehrmals Triomer Meersalzspülung

und eine Salbe für die Nase. Auch müsse sie täglich fehlende Vitamine schlucken, sodass sie schnell über Fr. 100.- monatlich benötige. Im Weiteren brauche sie die Zusatzversicherung für wöchentliche Akupunktur-Behandlungen, da ihr die wegen dauernder Krankheit fehlende Energie kein Schulmediziner wiederherstellen könne. Schliesslich benötige sie auch mindestens fünf Infusionen zur Entgiftung von Quecksilber, Blei und Arsen. Ein Teil der Infusionen werde nicht von der Krankenkasse übernommen. Ihre Angaben stützt sie auf eine Beurteilung der Klinik C vom 7. November 2007.

E. 3.3

Im erwähnten bezirksärztlichen Gutachten vom 12. Februar 2007 ist unter anderem festgehalten, vorliegend würden nicht schulmedizinische Behandlungen die subjektiven Krankheitsgefühle der Beschwerdeführerin sogar verstärken, indem Krankheitsbilder diagnostiziert und behandelt würden, welche in der "Schulmedizin" gar nicht existierten. Das vom Ambulatorium D verfasste Gutachten vom 17. Juli 2007 gibt grob zusammengefasst folgende medizinische Vorgeschichte der Beschwerdeführerin wieder: Insgesamt seien über Jahre hinweg bei der Beschwerdeführerin sehr viele körperliche Untersuchungen durchgeführt worden, die allesamt ohne schwerwiegenden somatischen Befund geblieben seien und die gravierenden Beschwerden nicht zu erklären vermögen. Abweichend von allen anderen Beurteilungen habe die Klinik C ein chronisches Müdigkeitssyndrom diagnostiziert. Im Jahr 2005 sei geschrieben worden, dass es sich dabei "nicht primär um ein psychisches Leiden handle, sondern um ein multifaktorielles Geschehen mit infektiösen, toxischen, allergischen und erst in Folge dessen auch psychischen Komponenten." Als Behandlung seien eine Zahnsanierung und diverse alternative Therapien erfolgt. Im Weiteren seien verschiedene psychiatrische Diagnosen gestellt worden, nämlich eine Borderline-Persönlichkeitsstörung (2001), eine depressive Entwicklung (2004), eine Somatisierungsstörung (2003) und eine hypochondrische Störung oder Somatisierungsstörung mit histrionischen Persönlichkeitszügen (2004) sowie eine massive Somatisierungsstörung bzw. ein Münchhausen Syndrom (2004). Das Ambulatorium D kam in seiner Beurteilung zum Schluss, aufgrund der gegenwärtigen Datenlage sei eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F 45.0) oder ein Münchhausen-Syndrom (ICD-10 F 68.1) denkbar. Letztendlich könne nicht endgültig entschieden werden, ob die Beschwerdeführerin tatsächlich leide, wie es bei der Somatisierungsstörung der Fall sei, oder ob Krankheiten und Schmerzen (entsprechend dem Münchhausen-Syndrom) vorgetäuscht würden, um Aufmerksamkeit zu erlangen. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit wurde ausgeführt, eine berufliche Tätigkeit müsste aus somatischer Sicht eigentlich möglich sein, stünden doch die Aktivitäten der Beschwerdeführerin (Babysitten, für einen Nachbarn kochen) und auch die vielen Reisen in der Vergangenheit im Widerspruch zu den durchgehend vorhandenen starken Schmerzen und dem ständigen Erschöpfungszustand. Aus psychiatrischer Sicht betrage die Arbeitsunfähigkeit 100%. Die Beschwerdeführerin sei davon überzeugt, krank zu sein, und eine Beschäftigung mit den Beschwerden nehme alle geistige Kapazität in Anspruch. Auch wenn eine Psychotherapie dringend angezeigt wäre und die einzig mögliche Behandlung der genannten Störungen darstelle, mache eine erzwungene therapeutische Behandlung keinen Sinn. Gehe man von einer Münchhausen-Symptomatik aus, sei die Prognose für eine erfolgreiche Psychotherapie ungünstig. In der Literatur finde sich folgende Empfehlung: "Die Patienten sollten in ihrem Kranksein und ihrer hochgradig invalidisierenden Störung angenommen werden, mit dem Ziel, körperliche Eingriffe soweit wie möglich zu vermeiden." Abschliessend empfahl das Ambulatorium D, die Bemühungen um eine IV-Rente weiter voranzutreiben. Ausserdem

sollte vermieden werden, dass die Beschwerdeführerin immer wieder neue Ärzte konsultiere. Es wäre wichtig, dass ein Hausarzt für die Behandlung zuständig sei. Im von der Beschwerdeführerin ins Recht gereichten Bericht der Klinik C vom 7. November 2007 wird unter anderem darauf hingewiesen, dass vom Ambulatorium D erstellte Gutachten beruhe auf rein psychiatrischer-psychologischer Basis und lasse typischerweise die komplexen Stoffwechselbeschwerden und auch genetischen Entgiftungsstörungen mit massiver Schwermetallbelastung unberücksichtigt. Aufgrund toxikologischer und metabolischer Testuntersuchungen zeige sich, dass sich cerebral und vegetativ ausdrückende massive Stoffwechselstörungen vorlägen und nicht einfach ein "Münchhausen-Syndrom" bei hypochondrischer Störung und hysterischer Persönlichkeit gegeben sei. Äusserst befremdlich sei der Bericht des Bezirksarztes, welcher in Unkenntnis jeglicher biologisch-medizinischer Abklärungs- und Behandlungsmethoden eben diese zu beurteilen versuche. Die Ablehnung nicht schulmedizinischer Behandlungen sei unter völliger Unkenntnis des Sachverhalts emotiv bedingt erfolgt. Vielmehr führe vorliegend eine ganzheitliche Behandlungsweise, unter anderem mittels Entgiftungsmassnahmen und dem Aufbau der Darmfunktion, am ehesten zu einer Verbesserung. Wegen der Polysymptomatik bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit. Langfristig könne die Beschwerdeführerin aber zunehmend für eine wechselnde Tätigkeit oder eine Betreuungsfunktion eingesetzt werden. Wichtig sei die Unterstützung zur Bezahlung der Versicherung für Komplementärmedizin.

E. 3.4

Die Schlussfolgerung der Beschwerdegegnerin und der Vorinstanz, wonach sich das gesundheitliche Befinden der Beschwerdeführerin durch alternativ-medizinische Massnahmen nicht erheblich verbessert habe, weshalb Zusatzversicherungskosten der Krankenkasse und damit verbundene Selbstbehaltkosten sowie weitere medizinische Mehrauslagen nicht mehr übernommen würden, ist gestützt auf die vorhandenen Unterlagen nicht zu beanstanden. Sämtliche ärztlichen Aussagen – auch die diversen früheren Berichte sowie die neuste Darlegung der Klinik C vom 7. November 2007, aber auch der Bericht des Bezirksarztes – attestieren zwar, dass die Beschwerdeführerin unter Befindlichkeitsstörungen leide. Allerdings stimmen die Sachverständigen bezüglich der Ursachen (und damit einhergehend der Behandlungsmethoden) nicht überein. Die so genannte nicht schulmedizinische Richtung führt den Zustand der Beschwerdeführerin unter anderem auf toxische Gründe zurück, während die andere Seite nunmehr auf psychiatrisch-psychologische Störungsmomente abstellt. Es ist vorliegend klar festzuhalten, dass das Gericht nur darüber zu befinden hat, ob hier die Kosten für Leistungen, die nicht im Rahmen der medizinischen Grundversorgung liegen, gemäss Ziff. C.1.1 der SKOS-Richtlinien sinnvoll und nutzbringend sind. Es geht vorliegend nicht um eine Grundsatzdiskussion, ob die Schul- oder Alternativ- bzw. Komplementärmedizin generell "richtig" sei, sondern allein darum, ob die Beschwerdegegnerin und Vorinstanz entsprechende Zusatzauslagen im konkreten Fall als nicht sinnvoll und nutzbringend im Sinn von Ziff. C.1.1 der SKOS-Richtlinien qualifizieren durften. Der diesbezügliche Entscheid liegt jedoch weitgehend im Ermessen der Beschwerdegegnerin und das auf die Rechtskontrolle beschränkte Verwaltungsgericht greift nur korrigierend ein, wenn die Vorinstanz ihr Ermessen rechtsfehlerhaft ausgeübt hat (§ 50 Abs. 2 VRG). Davon kann vorliegend aber nicht ausgegangen werden, insbesondere weil sich die Situation der Beschwerdeführerin trotz verschiedener nicht schulmedizinischer Behandlungen nicht grundlegend verbessert hat. Daher ist auch nicht zu beanstanden, wenn die

Beschwerdegegnerin verlangt hat, dass die Beschwerdeführerin nur noch Behandlungen in Anspruch nehmen dürfe, welche ihr Hausarzt anordne – dies wird denn auch nicht weiter bestritten – und die Kostengutsprachen für medizinische Mehrauslagen sowie für Krankenkassenprämien der Zusatzversicherungen aufgehoben hat. Es ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin durch ihren Hausarzt in genügender Weise betreut wird und vorliegend weitere parallele Akupunktur-Behandlungen etc. sowie die Einnahme von zusätzlichen Mitteln jedenfalls nicht zwingend sind. Die Beschwerde ist daher in diesen Punkten abzuweisen.

E. 4.1

Die Vorinstanz schützte im Weiteren die Aufforderung der Beschwerdegegnerin, wonach die Beschwerdeführerin zu 50% eine Arbeit durch den B anzunehmen und bei den Abklärungen aktiv mitzuwirken habe und bei einer effektiven Tätigkeit von 50% anstelle der bisherigen IZU eine solche im Betrag von Fr. 150.- (bei 100%: Fr. 300.-) bestehe. Die Vorinstanz verwies darauf, dass sich die Beschwerdeführerin im März 2007 beim E (eine Einrichtung des B) um eine Arbeit bemüht habe. Die Arbeitsaufnahme sei an einer verfügbaren Stelle gescheitert; die Arbeit sei auch als körperlich zu streng beurteilt worden. Aufgrund des Verhaltens der Beschwerdeführerin sei aber davon auszugehen, dass sie grundsätzlich bereit sei, eine Tätigkeit aufzunehmen. Unter den gegebenen Bedingungen sei die Auflage nicht zu beanstanden, da die Massnahme nicht der Erzielung eines Erwerbseinkommens diene, sondern therapeutischen Charakter habe. Die Tätigkeit erfolge denn auch im geschützten Rahmen unter Begleitung durch eine Fachperson. Die Beschwerdeführerin erachtet die genannte Aufforderung "als eine Frechheit", da sie absolut nicht psychisch krank sei und erst noch ein Arbeitsunfähigkeits-Zeugnis über 100% habe. Es ist daher davon auszugehen, dass sie die genannte Auflage ebenfalls anfight.

E. 4.2

Die Aufforderung zur Annahme einer Arbeit beim B ist durch § 23 lit. d SHV gesetzlich abgedeckt. Generell soll aber mit Integrationsmassnahmen eine drohende Desintegration für die Betroffenen aufgehalten und idealerweise ins Gegenteil verkehrt werden. Dies ist ein komplexer psychosozialer Prozess. Gezielte und wirksame Integrationsmassnahmen der Art, wie sie vorliegend im Raum stehen, setzen daher von Anfang an eine gute fachliche Abklärung voraus. Massnahmen zur sozialen und beruflichen Integration beruhen grundsätzlich auf den Stärken der betroffenen Personen. Sie gehen von den Ressourcen der Betroffenen – und nicht von ihren Defiziten – aus und bauen auf diesen auf. Deshalb ist qualifiziertes Fachpersonal sowohl bei der Planung als auch bei der Durchführung der Integrationsmassnahmen notwendig (vgl. SKOS-Richtlinien, Ziff. D.2 und 3). Vorab stellt sich die Frage, ob sich die für die Beschwerdeführerin zweifellos einschneidende Aufforderung, beim B eine 50%-Stelle anzunehmen und bei den Abklärungen aktiv mitzuwirken, auf eine genügende professionelle Abklärung und Evaluation im Sinn der genannten SKOS-Richtlinien abstützen vermag. Im Arbeitsunfähigkeits-Zeugnis des Hausarztes der Beschwerdeführerin vom 3. April 2007 wurde ihr (erneut) eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit für die Dauer von 30 Tagen attestiert. Ebenso ist im Gutachten des Ambulatoriums D vom 17. Juli 2007 festgehalten, aus psychiatrischer Sicht betrage die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin 100%, während der Bezirksarzt in seinem Gutachten vom 12. Februar 2007 ausgeführt hatte, ein Teilarbeitspensum könne auch therapeutisch sein und das Selbstbewusstsein der Beschwerdeführerin stärken. Die theoretische Arbeitsfähigkeit schätzte er auf 50%, wies aber ausdrücklich darauf hin,

diesbezüglich keine weiteren Abklärungen gemacht zu haben. In der beim Sozialversicherungsgericht angefochtenen Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich vom 13. September 2006 war gestützt auf ein medizinisches Gutachten vom 22. Februar 2006 ebenfalls von einer aus "medizinischer Sicht" für die Beschwerdeführerin zumutbaren Ausübung einer Tätigkeit mit einer 50%-Einschränkung ausgegangen worden. Aufgrund der vorhandenen Unterlagen ist derzeit eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht erstellt. Diesbezüglich kann auch nicht weiter auf das bezirksärztliche Gutachten abgestellt werden, wird darin doch ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es sich bei der angegebenen Arbeitsfähigkeit um eine Schätzung ohne weitere Abklärungen handle. Auf das medizinische Gutachten, welches der Sozialversicherungsanstalt zur Verfügung stand, kann ebenfalls nicht weiter abgestellt werden. Zum einen befindet es sich nicht bei den Akten, zum anderen liegt es zeitlich schon zwei Jahre zurück. Im neusten Gutachten des Ambulatoriums D wird hingegen eine Psychotherapie, welche dringend angezeigt wäre, als "einzig mögliche Behandlung" aufgeführt, wofür aber die Motivation seitens der Beschwerdeführerin unabdingbar wäre. Eine Beschäftigung im geschützten Rahmen wird hingegen nicht weiter thematisiert. Aufgrund der genannten Unterlagen und ohne weitere fachkundige Abklärungen ist somit nicht erstellt, dass die der Beschwerdeführerin erteilte Auflage zur Aufnahme einer 50%-Stelle über den B therapeutisch sinnvoll ist, wovon aber die Beschwerdegegnerin und die Vorinstanz ausgegangen sind. Es ist im Gegenteil nicht ausgeschlossen, dass sich die Auflage sogar kontraproduktiv auswirken könnte. Gestützt auf das Gutachten des Ambulatoriums D wäre jedenfalls ein Hinarbeiten auf die Aufnahme einer Psychotherapie bei einer sachverständigen Person, zu welcher die Beschwerdeführerin Vertrauen gewinnen kann, sinnvoller. Es ist daher in teilweiser Gutheissung der Beschwerde die Aufforderung an die Beschwerdeführerin gemäss Dispositiv-Ziffer 6 des Beschlusses der Beschwerdegegnerin vom 20. März 2007, wonach sie beim B eine 50%-Arbeit aufzunehmen habe, ersatzlos zu streichen. Selbstverständlich bleibt aber die Möglichkeit offen, gestützt auf fachliche Abklärungen anderweitige Integrationsmassnahmen zu prüfen.

E. 5

Demgemäss ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen. Disp.-Ziff. I des Rekursentscheides des Bezirksrats Z vom 12. September 2007 und Disp.-Ziff. 6 des Beschlusses der Beschwerdegegnerin vom 20. März 2007 sind aufzuheben. Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist der Beschwerdegegnerin die Hälfte der Gerichtskosten aufzuerlegen (§ 70 in Verbindung mit § 13 Abs. 2 VRG). In Anlehnung an die Praxis, in Beschwerdeverfahren, in denen Sozialhilfebezüger vollumfänglich unterliegen, eine reduzierte Gerichtsgebühr anzusetzen, rechtfertigt es sich im vorliegenden Fall, unter Ansetzung einer vollen Gerichtsgebühr der Beschwerdeführerin lediglich einen Viertel der Gerichtskosten aufzuerlegen und den restlichen Viertel auf die Gerichtskasse zu nehmen (vgl. VGr, 2. November 2007, VB.2007.00350, E. 4). Demgemäss entscheidet die Einzelrichterin :

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