

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.00119 vom 25. Januar 2006

ZH Sozialversicherungsgericht, 2006-01-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2005.00119](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2005.00119)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.00119 du 25 janvier 2006

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.00119 del 25 gennaio 2006

## Erwägungen

### E. 3

3.1 Am 27. September 2000 berichtete Dr. med. M.\_\_\_\_, Oberarzt C.\_\_\_\_ Klinik, über das am Vortag durchgeführte Abklärungsgespräch (Urk. 3/3). Er stellte folgende Diagnosen (Urk. 3/3 S. 2 oben):

- Alkoholabhängigkeit vom Intoxikationstyp in noch kritischer Phase (F10.23, unter Antabus stehend)
- FiaZ-Delikt
- Paarkonflikt
- bedrohte körperliche und psychische Gesundheit
- Nikotinabhängigkeit (F17.25)
- rezidivierende depressive Verstimmungen kombiniert mit Ängsten, wahrscheinlich im Sinne einer Anpassungsstörung
- Status nach früheren Traumatisierungen
- Selbstwertregulationsstörung mit unsicherer Identitätsbildung

Seit Mai 2000 befinde sich die Beschwerdeführerin in ambulanter psychiatrischer Behandlung (Urk. 3/3 S. 1 unten). Dr. M.\_\_\_\_ lehnte den anfänglich von der Beschwerdeführerin geäusserten Wunsch nach einer 1-2 Monate dauernden stationären Behandlung ab, da aufgrund der Gesamtsituation eine länger dauernde stationäre Behandlung erforderlich sei. Die Beschwerdeführerin habe sich sodann für die Aufnahme einer solchen Behandlung entschieden (Urk. 3/3 S. 2).

3.2 Ab 23. Oktober 2000 weilte die Beschwerdeführerin in stationärer Behandlung in der Frauenspezifischen Abteilung D.\_\_\_\_, C.\_\_\_\_ Klinik. Im Untersuchungsbericht vom 22. Dezember 2000 wurde zur Anamnese ausgeführt, die Beschwerdeführerin habe in E.\_\_\_\_ eine Verkäuferinnenlehre absolviert und drei Jahre als Verkäuferin gearbeitet; mit 19 Jahren (1981) sei sie vergewaltigt worden (Gesichts- und Augenkontusion). Angeblich um ihren kleinen Lohn aufzubessern, habe sie sich mit Touristen prostituiert; 1984 habe sie ihren späteren Ehemann kennengelernt (Urk. 3/4 S. 1). Nach dem Vergewaltigungserlebnis habe sie Alkohol konsumiert, dann auch punktuell, um Ekel und Scham zu überspielen. In der Phase der Trennung von ihrem Ehemann (1998; vgl. Urk. 8/35) sei es zu einer anhaltenden psychischen Krise mit Konsumsteigerung gekommen (Urk. 3/4 S. 2).

Die Ende Oktober 2000 begonnene Therapie wurde nach wiederholten Rückfällen am 20. Dezember 2000 abgebrochen (Urk. 3/5 S. 1).

Am 26. Februar 2001 trat die Beschwerdeführerin auf eigenen Wunsch wieder im D. \_\_\_ ein (Urk. 3/6 S. 1 Mitte). Seit dem Austritt im Dezember 2000 sei sie wieder erwerbstätig gewesen; den behandelnden Psychiater habe sie nicht mehr gesehen (Urk. 3/6 S. 1). Am 18. Juni 2001 wurde die stationäre Therapie abgebrochen (Urk. 3/8 S. 1 Abs. 1; vgl. Urk. 3/7).

Am 2. Mai 2002 berichteten Dr. med. F. \_\_\_, Assistenzarzt, und Dr. med. G. \_\_\_, stellvertretender Chefarzt, dem Hausarzt Dr. med. H. \_\_\_, Facharzt Allgemeinmedizin FMH, über den Aufenthalt der Beschwerdeführerin in der psychiatrischen Privatklinik I. \_\_\_ vom 11. Februar bis 19. April 2002 (Urk. 3/9). Dabei stellten sie die folgenden Diagnosen (Urk. 3/9 S. 1 Mitte):

- Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion und Alkoholkonsum (F43.25)
- Alkoholabhängigkeit (Intoxikationstrinkerin; F10.26)
- gemischte Persönlichkeitsstörung mit dependenten und histrionischen Zügen (F61.0)

Sie berichteten, die Beschwerdeführerin sei ihnen vom Spital J. \_\_\_ zur Fortsetzung des dort begonnenen Alkoholentzugs überwiesen worden. Ende Dezember 2001 habe sie wieder zu trinken begonnen; am 2. Januar 2002 sei zudem die Beziehung zum Lebenspartner in die Brüche gegangen. Im Spital sei der Entzug begonnen worden; am 9. Februar 2002 habe die Beschwerdeführerin wieder Alkohol getrunken und sei von der C. \_\_\_ Klinik, wo sie am 11. Februar 2002 hätte eintreten können, abgewiesen worden. Gemäss den Angaben der Beschwerdeführerin bestehe seit etwa 10 Jahren ein Alkoholabusus, unterbrochen von kürzeren Abstinenzperioden und verschiedenen stationären Entzugsbehandlungen (Urk. 3/9 S. 1 unten).

Nach problemlos verlaufenem Alkoholentzug habe sich die Beschwerdeführerin eine neue Wohnung gesucht, sei jedoch einem Klinikaustritt gegenüber ambivalent eingestellt gewesen. Nach mehreren Alkohlrückfällen sei sie am 19. April 2002 entlassen worden, da sie sich geweigert habe, auf eine Langzeitstation überzutreten (Urk. 3/9 S. 4 oben).

Dr. med. K. \_\_\_, Fachärztin FMH für Neurologie, berichtete am 22. Februar 2002 über ihre auf Zuweisung der Ärzte des I. \_\_\_ erfolgte Untersuchung der Beschwerdeführerin und diagnostizierte einen chronischen Aethylabusus, einen Status nach mehreren Entzugsbehandlungen, rezidivierende depressive Verstimmungen und Bulimia nervosa (Urk. 9/13/6 Mitte).

Der Hausarzt Dr. H. \_\_\_ nannte in seinem Bericht vom 20. Januar 2003 zu Händen der Beschwerdegegnerin folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/12/1 lit. A):

- Chronischer Aethylabusus mit/bei Depression
- Bulimia nervosa
- Chronischer Nikotinabusus

Er attestierte eine seit 4. Februar 2002 bestehende und andauernde Arbeitsunfähigkeit von 100 % in der angestammten Tätigkeit (Urk. 9/12/1 lit. B).

Im Beiblatt zur Arbeitsbelastbarkeit beschrieb Dr. H.\_\_\_\_ ein wenig beeinträchtigtges körperliches Belastungsprofil (Urk. 9/12/2 S. 1), bezeichnete die psychischen Funktionen als eingeschränkt und erachtete eine berufliche Umstellung nicht für angezeigt (Urk. 9/12/2 S. 2).

### E. 3.6

Am 18. Februar 2003 berichteten Dr. F.\_\_\_\_ und Dr. G.\_\_\_\_ der Beschwerdegegnerin über den Aufenthalt der Beschwerdeführerin im I.\_\_\_\_ vom 11. Februar bis 19. April 2002 (Urk. 9/13/3 lit. D1). Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie die gleichen wie in ihrem früheren Bericht an den Hausarzt, mit dem ergänzenden Hinweis, dass die Alkoholabhängigkeit seit zirka 10 Jahren bekannt sei (Urk. 9/13/3 lit. A; vgl. Urk. 3/9 S. 1 Mitte).

Sie attestierten eine Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit (Mitarbeit im Elektronikgeschäft des Lebenspartners) von 100 % vom 4. Februar bis 19. April 2002 (Urk. 9/13/3 lit. B). Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig (Urk. 9/13/3 lit. C1).

Im Verlauf der Hospitalisation sei es zu mehreren Alkoholrückfällen gekommen. Aufgrund des kurzen Beobachtungszeitraums sei die Prognose nicht beurteilbar (Urk. 9/13/3 lit. D7).

Im Beiblatt betreffend Arbeitsbelastbarkeit erachtete Dr. F.\_\_\_\_ eine berufliche Umstellung als präferenswert und eine behinderungsangepasste Tätigkeit ab April 2002 als halbtags zumutbar (Urk. 9/13/2 S. 2).

Am 29. November 2003 erstattete Dr. med. L.\_\_\_\_, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 9/11). Er stützte sich auf die Akten der Beschwerdegegnerin, die Untersuchung vom 25. November 2003 sowie Angaben des - auf Wunsch der Beschwerdeführerin (Urk. 9/11 S. 5 Mitte) anwesenden - früheren Partners und Arbeitgebers der Beschwerdeführerin (Urk. 9/11 S. 1 Mitte).

Anamnestisch hielt Dr. L.\_\_\_\_ die bisher gestellten Diagnosen und verschiedene seit 1998 stattgefundenene Entzugsbehandlungen - insbesondere jene von Oktober bis Dezember 2000 (Urk. 9/11 S. 3 oben), vom März bis Juni 2001 und vom Februar bis Mai 2002 - fest (Urk. 9/11 S. 1 f.).

Eine geordnete Gesamtanamnese habe nicht erhoben werden können (Urk. 9/11 S. 2 oben); im Gesprächsverlauf zeigte sich, dass die Beschwerdeführerin aktuell einen Blutalkoholgehalt von sicher über 2 Promille aufwies (Urk. 9/11 S. 4 oben) und dass sie eine Rauchpause im Hof zum Trinken nutzte (Urk. 9/11 S. 6 Mitte).

Als Beurteilung hielt Dr. L.\_\_\_\_ eine floride Alkoholabhängigkeit vom Typ des chronischen Pegeltrinkens, verbunden mit einer Benzodiazepinabhängigkeit vom low-dose-dependence Typ, fest. Die Beschwerdeführerin leide unter einer akuten Entzugssymptomatik, welche das ganze Gesprächsgeschehen überschattete. Deshalb liessen sich auch keine näheren Angaben zu einer möglichen Wesensveränderung oder einem suchtbedingten Persönlichkeitsabbau machen. Im Weiteren liessen sich keine diagnostischen Zuordnungen machen, insbesondere was betroffene und gestörte Persönlichkeitsanteile betreffe. Die früher gestellten psychiatrischen Diagnosen blieben im Raum stehen. Es müsse aber davon ausgegangen werden, dass seit mindestens 5

Jahren ein schwerer Suchtverlauf und eine auffällige Persönlichkeitsveränderung eingesetzt hätten, was durch die fremdanamnestic Angaben des ehemaligen Partners eindrücklich untermauert werde (Urk. 9/11 S. 7 unten).

Zum gegenwärtigen Untersuchungszeitpunkt betrage die Arbeitsunfähigkeit 100 %. Es müsse jedoch mit Recht gefragt werden, ob mit einem Aufbau einer längerfristigen Totalabstinenz nicht mit einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen sei. Im Sinne eines Wunschenkens spreche die Beschwerdeführerin selbst von einer Teilzeitbeschäftigung. Ohne Behandlung und Rehabilitation sei die weitere Prognose infaust. Sollte sich die Beschwerdeführerin aber einem längerfristigen Entzugsregime unterziehen können, sei durchaus mit einem Anstieg der Arbeitsfähigkeit auf etwa 50 % zu rechnen (Urk. 9/11 S. 8 oben).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

#### **E. 4**

Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Stephan Breidenstein
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherung

sowie an:

- die Gerichtskasse

5. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Eidgenössischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde eingereicht werden.

Die Beschwerdeschrift ist dem Eidgenössischen Versicherungsgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in dreifacher Ausfertigung zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Person oder ihres Vertreters zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheides und der dazugehörige Briefumschlag sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die beschwerdeführende Person sie in Händen hat (Art. 132 in Verbindung mit Art. 106 und 108 OG).

#### **E. 4.2**

Aufgrund der gestellten Diagnosen ist offensichtlich, dass sowohl eine schwere Suchtproblematik besteht als auch psychische Beeinträchtigungen vorliegen. In sämtlichen ärztlichen Berichten wurde eine Alkoholabhängigkeit (auch als chronischer Aethylabusus bezeichnet) diagnostiziert. Dr. M.\_\_\_\_, Dr. K.\_\_\_\_, Dr. H.\_\_\_\_ und Dr. L.\_\_\_\_ nannten diese sogar als Primärdiagnose. Aus dem psychiatrischen Formenkreis wurden depressive Verstimmungen im Sinne einer Anpassungsstörung (beziehungsweise eine Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion) und eine gemischte Persönlichkeitsstörung genannt. Vereinzelt wurden überdies eine Nikotinabhängigkeit und eine Bulimia nervosa diagnostiziert.

Im Hinblick auf den zu klärenden Bestand und allfälligen Umfang einer Invalidität im Rechtssinne stellt sich nunmehr die Frage, ob eine psychische Erkrankung eine zumindest erhebliche Teilursache der Suchtkrankheit darstellt, ob umgekehrt die Suchtkrankheit eine anhaltende psychische Erkrankung bewirkt hat oder ob beides nicht der Fall ist.

4.3 In den Berichten aus dem Jahr 2002 wurde angegeben, die Alkoholabhängigkeit bestehe seit rund 10 Jahren, mithin seit zirka 1992. Was den Gesundheitszustand vor dem Eintritt der Alkoholabhängigkeit anbelangt, wies Dr. M. \_\_\_ im Zusammenhang mit den von ihm diagnostizierten depressiven Verstimmungen, die er als Anpassungsstörung interpretierte, auf einen Status nach früheren Traumatisierungen und auf eine unsichere Identitätsbildung hin. Diese Ausführungen bezogen sich offensichtlich auf die problematischen Lebensumstände der Beschwerdeführerin im jungen Erwachsenenalter und insbesondere eine im Jahr 1981 erfolgte Vergewaltigung. In anderen ärztlichen Berichten finden sich keine Diagnosen mit einem ersichtlichen Bezug zur Zeit vor 1992; auch gibt es keine Hinweise auf psychiatrische Behandlungen vor dem Auftreten der Suchtkrankheit.

Den Darlegungen von Dr. M. \_\_\_ lässt sich nicht entnehmen, dass die Beschwerdeführerin vor dem Eintritt der Alkoholabhängigkeit an schwerwiegenden pathologischen Befunden gelitten hätte. Auch wenn die genannten Aspekte der Biographie sowie der Persönlichkeitsstruktur möglicherweise geeignet waren, zu einer etwas erhöhten Suchtgefährdung beizutragen, kann nicht davon gesprochen werden, dass die Suchterkrankung als Folge einer psychischen Störung mit Krankheitswert eingetreten wäre.

4.4 Ob und in welchem Umfang die Suchtkrankheit psychische Beeinträchtigungen mit Krankheitswert verursacht hat, ist solange schwierig zu beurteilen, als das Suchtgeschehen in dem Masse dominiert, wie dies jedenfalls seit dem Jahr 2000 und bis zum Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. L. \_\_\_ im November 2003 der Fall gewesen ist.

Der gesamte aktenkundige Behandlungsverlauf ist von den stetigen Rückschlägen der Beschwerdeführerin in die Suchtkrankheit geprägt. Sowohl die beiden Therapieaufenthalte im D. \_\_\_ als auch jener im I. \_\_\_ wurden abgebrochen, weil die Beschwerdeführerin nicht nur rückfällig geworden war, sondern auch die Bereitschaft vermissen liess, sich den aus medizinischer und psychologischer Sicht angezeigten Vorkehren zu unterziehen. Der Verlauf verdeutlicht, dass die Beschwerdeführerin, jedenfalls in der fraglichen Zeitspanne, nicht in der Lage war, abstinent zu leben, wie sie auch selber vorbrachte (Urk. 1 S. 7 unten). Allerdings lässt dies (entgegen der Beschwerdeführerin; Urk. 1 S. 7 unten) nicht den Rückschluss zu, dafür sei eine psychische Krankheit die Ursache (vgl. vorstehend Erw. 4.3), sondern es bestätigt den dominierenden Stellenwert, den die Suchtkrankheit einnimmt.

Dementsprechend sind auch alle therapeutischen Bemühungen auf der psychologischen und psychiatrischen Ebene - der eigentliche Zweck der verschiedenen stationären Aufenthalte - nie zum Tragen gekommen. In den jeweiligen Austrittsberichten wurde eingehend dargelegt, dass jedes Mal ein Überhandnehmen der Suchtkrankheit zum Therapieabbruch führte, beim Aufenthalt im I. \_\_\_ sogar nach ausdrücklich erfolgreich verlaufenem Entzug.

4.5. Dr. L. \_\_\_ erklärte in seinem Gutachten sinngemäss, dass er keine psychiatrische Abklärung habe vornehmen können, weil die Beschwerdeführerin im Untersuchungszeitpunkt betrunken war, weshalb die früher gestellten psychiatrischen Diagnosen im Raum stehen blieben. Somit ist auf diese früheren ärztlichen Diagnosen näher einzugehen.

Dr. M. \_\_\_ diagnostizierte (nebst Alkohol- und Nikotinabhängigkeit) rezidivierende depressive Verstimmungen wahrscheinlich im Sinne einer Anpassungsstörung vor dem Hintergrund früherer Traumatisierungen und unsicherer Identitätsbildung. Er machte keine Ausführungen, aus denen zu schliessen wäre, dass die Depression als eine Folge der Suchtkrankheit zu verstehen wäre.

Dr. F. \_\_\_ und Dr. G. \_\_\_ diagnostizierten (nebst Alkoholabhängigkeit) eine Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion und Alkoholkonsum sowie eine gemischte Persönlichkeitsstörung. Aufgrund der gewählten Formulierung ist es ausgeschlossen, die Anpassungsstörung als Folge der Alkoholproblematik zu verstehen. Sie ist vielmehr - in Übereinstimmung mit den anamnestischen Darlegungen - auf die übrigen aktuellen Lebensumstände der Beschwerdeführerin zu beziehen. Bezüglich der Persönlichkeitsstörung muss diese Frage offen bleiben.

Dr. H. \_\_\_ diagnostizierte (nebst Bulimie und Nikotinabusus) einen chronischen Aethylabusus mit/bei Depression. Ob er damit die Depression als Folge der Suchtkrankheit oder lediglich als Begleiterscheinung einstufte, lässt sich nicht bestimmen. Dies kann jedoch offen bleiben, da für die Beurteilung der psychiatrischen Aspekte die Einschätzung des Hausarztes nicht die entscheidende Rolle spielt.

Die gestellten früheren Diagnosen aus dem psychiatrischen Formenkreis lassen somit nicht erkennen, dass oder allenfalls mit welcher Akzentuierung die Ärzte davon ausgegangen wären, die psychischen Beeinträchtigungen seien eine dauerhafte Folge - und nicht lediglich eine Begleiterscheinung - der Suchtkrankheit. Dies ist ein weiterer Hinweis darauf, dass in der gesamten vorliegend zu beurteilenden Zeitspanne die Suchtkrankheit ausgeprägt im Vordergrund gestanden hat. Aus dem gleichen Grund war auch Dr. L. \_\_\_ nicht in der Lage, sich gutachterlich zu den psychiatrischen Aspekten eingehender zu äussern.

Auf diese Problematik wurde letztlich auch im von der Beschwerdeführerin angeführten letztinstanzlichen Entscheid vom 11. April 1990 (I 30/90) Bezug genommen mit dem Hinweis, dass (in jenem Fall: vorbestehende) Persönlichkeitsstörungen nach Wegfall der Sucht wieder verstärkt in den Vordergrund treten können (vgl. Urk. 1 S. 4 Mitte). Dies bedeutet, dass die im Vordergrund stehende Suchterkrankung allfällige psychische Beeinträchtigungen - seien sie vorbestehend oder eine Folge der Sucht - mitunter in den Hintergrund treten lassen.

Die Beschwerdegegnerin hat nun - gestützt auf die Ausführungen von Dr. L. \_\_\_ - angenommen, die Suchterkrankung habe zu einer dauerhaften psychischen Beeinträchtigung mit Krankheitswert geführt (oder sei durch eine solche verursacht), wobei die Suchterkrankung und die psychische Beeinträchtigungen mit Krankheitswert je die Hälfte der aktuell 100 % betragenden Arbeitsunfähigkeit verursachten. Dr. L. \_\_\_ legte diese Aufteilung nahe, indem er ausführte, nach erfolgreichem Alkoholentzug - mithin unter Ausklammerung der Suchtkrankheit - dürfte die Arbeitsfähigkeit rund 50

% betragen, womit eine Arbeitsunfähigkeit von ebenfalls 50 % nicht dem Suchtgeschehen, sondern psychischen Beeinträchtigungen mit Krankheitswert zuzurechnen wären und in diesem Umfang eine Invalidität im Rechtssinne zu begründen vermöchte.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dieser Schluss ist keineswegs zwingend. Die Beschwerdegegnerin hätte sich auch auf den Standpunkt stellen können, dass im Zeitpunkt der Begutachtung und des Leistungsentscheids die Suchtkrankheit der Beschwerdeführerin das Geschehen in einem Ausmass absolut dominierte, das - ausser in Form von Hypothesen - keinen Raum für die Annahme einer invaliditätsrelevanten psychischen Beeinträchtigung mit Krankheitswert liess. Insbesondere der beschwerdeweise erhobene Einwand der Beschwerdeführerin, Dr. L.\_\_\_\_ habe nicht geprüft, ob ein Entzug realistisch erscheine, und das sei nicht der Fall (Urk. 1 S. 8 lit. k), ist ein weiterer Hinweis darauf, dass angenommen werden kann oder könnte, es sei die Suchtkrankheit, welche das Geschehen dominiere.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Es kann der Beschwerdeführerin somit soweit gefolgt werden, als sie den Entscheid der Beschwerdegegnerin sinngemäss als Ermessensentscheid qualifiziert, nicht aber darin, er sei willkürlich (Urk. 1 S. 8 lit. k). Es ist im Gegenteil zu betonen, dass die Ermessensbetätigung der Beschwerdegegnerin zu Gunsten der Beschwerdeführerin ausgefallen ist, indem sie angenommen hat, die attestierte Arbeitsunfähigkeit entspreche im Umfang von 50 % einer Invalidität im Rechtssinn und sei (lediglich) im restlichen Umfang Ausdruck der Suchtkrankheit, für welche die Beschwerdegegnerin keine Leistungspflicht trifft.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Ermessensentscheid zu Gunsten der Beschwerdeführerin ist sachlich vertretbar. Er lässt sich insbesondere mit der einzigen aktenkundigen ärztlichen Beurteilung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit vereinbaren, nämlich jener durch Dr. F.\_\_\_\_ und Dr. G.\_\_\_\_. Diese hielten in ihrem Bericht vom Februar 2003 über die Hospitalisation im I.\_\_\_\_ von Februar bis April 2002 rückblickend fest, sie erachteten eine behinderungsangepasste Tätigkeit ab April 2002 als halbtags zumutbar.

4.8 Ä Ä Ä Ä Der frühere Arbeitgeber der Beschwerdeführerin war gleichzeitig ihr Lebenspartner und das effektiv erzielte Einkommen unterlag grossen Schwankungen (vgl. Urk. 9/24, Urk. 9/32). Vor diesem Hintergrund ist es richtig, dass sich die Beschwerdegegnerin bei der Invaliditätsbemessung faktisch auf einen reinen Prozentvergleich beschränkt hat (vgl. BGE 104 V 136 f. Erw. 2b).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass sich der angefochtene Entscheid als zutreffend erweist, womit die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

5. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der unentgeltliche Rechtsbeistand der Beschwerdeführerin hat mit Honorarnote vom 19. April 2005 einen Aufwand von 5,57 Stunden und Barauslagen von Fr. 78.50 geltend gemacht (Urk. 17). Er ist somit beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 200.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) wie von ihm beantragt mit Fr. 1'282.45 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

Das Gericht erkennt:

1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das Verfahren ist kostenlos.

3. Der unentgeltliche Rechtsbeistand der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Stephan Breidenstein, Affoltern am Albis, wird mit Fr. 1'282.45 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse entschädigt.

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