

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00673 vom 29. März 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-03-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00673

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00673 du 29 mars 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00673 del 29 marzo 2013

Erwägungen

E. 1

1.1 Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) in Verbindung mit Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung begründet als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischen Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 130 V 352). Diese im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen

entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4 S. 70), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), Chronic Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurasthenie (Urteile 9C_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3; 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5), bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4), bei einer HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsfälle (BGE 136 V 279) sowie bei nicht organischer Hypersomnie (BGE 137 V 64 E. 4.1 und 4.2 mit Hinweisen) analog angewendet.

1.2 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die:

a. ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können;

b. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und

c. nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG; bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 1 IVG).

1.3 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezieherin oder eines Rentenbezegers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 mit Hinweisen). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 75 ff; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

1.4 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG (bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 2

IVG) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

1.5 Bei nichterwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind, und denen eine Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen. Art. 7 Abs. 2 ATSG ist sinngemäss anwendbar (Art. 28a Abs. 2 IVG in Verbindung mit Art. 8 Abs. 3 ATSG; spezifische Methode; statt vieler BGE 130 V 97 E. 3.3.1). Als Aufgabenbereich der im Haushalt tätigen Versicherten gelten insbesondere die übliche Tätigkeit im Haushalt, die Erziehung der Kinder sowie gemeinnützige und künstlerische Tätigkeiten (Art. 27 der Verordnung über die Invalidenversicherung; IVV).

1.6 Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG (bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 2 ter IVG) festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG; gemischte Methode der Invaliditätsbemessung).

Nach der Gerichts- und Verwaltungspraxis wird zunächst der Anteil der Erwerbstätigkeit und derjenige der Tätigkeit im Aufgabenbereich (so unter anderem im Haushalt) ermittelt; die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person ohne gesundheitliche Beeinträchtigung erwerbstätig wäre, beurteilt sich mit Rücksicht auf die gesamten Umstände, so die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse. Im Rahmen der gemischten Methode bestimmt sich die Invalidität dadurch, dass im Erwerbsbereich ein Einkommens- und im Aufgabenbereich ein Betätigungsvergleich vorgenommen wird, wobei sich die Gesamtinvalidität aus der Addierung der in beiden Bereichen ermittelten und gewichteten Teilinvaliditäten ergibt (BGE 130 V 393 ff. E. 3.3 mit Hinweisen; vgl. BGE 134 V 9).

1.7 Sowohl im Rahmen einer erstmaligen Prüfung des Rentenanspruches als auch anlässlich einer Rentenrevision (Art. 17 Abs. 1 ATSG) stellt sich unter dem Gesichtspunkt des Art. 28a Abs. 3 IVG in Verbindung mit Art. 16 und 7 Abs. 2 ATSG die Frage nach der anwendbaren Invaliditätsbemessungsmethode. Ob eine versicherte Person als ganzständig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist - was je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, Betätigungsvergleich, gemischte Methode) führt -, ergibt sich

aus der Prüfung, was die Person bei im übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestände. Das Kriterium der Zumutbarkeit einer Erwerbstätigkeit bezieht sich nicht auf den Gesundheits-, sondern auf den Invaliditätsfall. Entscheidend ist nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch, d.h. ohne Gesundheitsschaden, aber bei sonst gleichen Verhältnissen, erwerbstätig wäre (Art. 27 bis IVV; BGE 131 V 51 E. 5.1.2 S. 53 und E. 5.2 S. 54; SVR 2006 IV Nr. 42 S. 151, E. 5.1.2, I 156/04; vgl. auch BGE 125 V 146 E. 5c/bb S. 157). Die gemischte Methode bezweckt damit eine möglichst wirklichkeitsgerechte Bemessung des Invaliditätsgrades. Sie findet auch Anwendung, wenn der versicherten Person ohne gesundheitliche Beeinträchtigung eine vollzeitliche Erwerbstätigkeit zumutbar wäre, sie aber trotzdem eine solche nicht ausüben würde (BGE 133 V 504 E. 3.3 in fine; vgl. auch BGE 133 V 477 E. 6.3 S. 486). Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Die Statusfrage beurteilt sich praxisgemäss nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben. Dabei sind die konkrete Situation und die Vorbringen der versicherten Person nach Massgabe der allgemeinen Lebenserfahrung zu wärdigen. Für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit ist der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich (BGE 125 V 146 E. 2c, 117 V 194 E. 3b, je mit Hinweisen, Urteil des Bundesgerichts I 266/05 vom 11. April 2006 E. 4.2, vgl. auch BGE 133 V 504 E. 3.3).

1.8 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

1.9 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prägend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der

Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das Ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

E. 2

2.1 Bei der Rentenzusprechung im Juni 2008 ging die Beschwerdeführerin hinsichtlich des medizinischen Sachverhaltes gestützt auf den Bericht der Universitätsklinik C.____ vom 13. Dezember 2006 (Urk. 8/7) von folgenden, sich auf die Arbeitsfähigkeit einschränkend auswirkenden Diagnosen aus (Urk. 8/48 S. 2):

- Residueller Hüftschmerz links bei

Ä - Status nach Schenkelhalsfraktur links 1994 mit Schraubenosteosynthese, Metallentfernung 1996

Ä - Status nach Hüft-Arthroskopie links, DÖbridement des Labrums anterolateral, periphere Hüft-Arthroskopie mit offener Kopf-/Halstaillierung links am 2. Juni 2006 bei Fröcoxarthrose

Ä - Hüftinfiltration links vom 8. November 2006 ohne Wirkung

- Lumbospondylogenes Syndrom bei medianer Diskushernie L4/5 mit zentraler Spinalkanalstenose und Kontakt zu beiden Nervenwurzeln L5, Diskusprotrusion L5/S1 (MRI der Lendenwirbelsäule vom 10. November 2006)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Am 29. Januar 2007 wurde die Beschwerdeführerin an der Lendenwirbelsäule operiert (komplikationslose Dekompression L4/5 mit Spondylodese L4/5 sowie Fusion der Facettengelenke; Urk. 8/15 S. 7). Gestützt auf den Bericht der Universitätsklinik C.____ vom 14. September 2007 (Urk. 8/36) ging die Beschwerdeführerin von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Verkäuferin aus. Dem Bericht des gleichen Spitals vom 30. Januar 2008 entnahm sie eine ab Januar 2008 bestehende 50%ige Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit (Urk. 8/46, Urk. 8/48 S. 2).

2.2 Die Invaliditätsbemessung erfolgte nach der Methode des Einkommensvergleichs. Die Beschwerdeführerin wurde entsprechend der zuletzt innegehabten Anstellung als Vollerwerbstitige qualifiziert (Urk. 8/48 S. 3; vgl. auch Urk. 8/24 S. 1 und Urk. 8/49).

3. Bei der nun strittigen Rentenaufhebung geht die Beschwerdeführerin davon aus, dass die als Filialleiterin im Schuhverkauf erwerbstätig gewesene Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall nach der Geburt ihres zweiten Kindes im ausserhäuslichen Bereich mit einem Pensum von 50 % arbeiten würde. Eine leidensangepasste Tätigkeit wäre ihr zu einem Pensum von 50 % zumutbar, was einen gewichteten Invaliditätsgrad von 6.5 % ergebe. Bei Hinzurechnung des auf 19 % gewichteten Invaliditätsgrades im Haushaltsbereich kam sie auf einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 26 % (Urk. 2 S. 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Demgegenüber stellt sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt, ihr Gesundheitszustand habe sich nicht gebessert. Weiter sei sie als voll Erwerbstätige zu qualifizieren. Schliesslich dürfe auf Dr. Z.____s Gutachten nicht abgestellt werden (Urk. 1).

E. 4

4.1 Nach dem die Beschwerdeführerin am 5. Juli 2008 eine Tochter geboren hatte, leitete die Beschwerdegegnerin ein Rentenrevisionsverfahren ein, worin sie unter anderem die Qualifikation als Vollerwerbstatige überprüfte und zum Schluss kam, dass die Beschwerdeführerin nun als Teilerwerbstatige einzustufen sei. Vorliegend ist somit zunächst die zwischen den Parteien strittige Statusfrage zu klären, wozu die bisherige berufliche Laufbahn der Beschwerdeführerin in Betracht gezogen werden muss.

Nach dem Lehrabschluss im Jahre 1999 war die Beschwerdeführerin zunächst im gelernten Beruf als Coiffeuse tätig. Infolge Auftretens von Allergien musste sie diese Tätigkeit im Juli 2001 aufgeben. Im Dezember 2001 gebar sie ihren ersten Sohn. Ab Anfang Februar 2001 arbeitete sie als Büroangestellte in einem Reinigungsbetrieb teilzeitlich. Mitte April 2005 trat sie eine Stelle als Schuhverkäuferin an, zunächst aushilfsweise, dann als stellvertretende Filialleiterin und schliesslich als Filialleiterin. Diese Anstellung wurde ihr per Ende Dezember 2006 aus gesundheitlichen Gründen gekündigt (Urk. 8/1, Urk. 8/2 S. 4 f., Urk. 8/6, Urk. 8/9, Urk. 8/20, Urk. 8/35). Die Beschwerdeführerin erklärte die Wiederaufnahme der vollzeitlichen Erwerbstätigkeit im Jahre 2005 gegenüber der Berufsberaterin der IV-Stelle am 14. Juni 2007 damit, dass sie zu einem vollen Pensum zu arbeiten begonnen habe, als ihr Sohn in der Lage gewesen sei, seine Bedürfnisse sprachlich auszudrücken. Weiter versicherte sie auf mehrmalige Nachfrage der Berufsberaterin, dass sie ihr Arbeitspensum ohne Behinderung auf 50 % reduziert, und in der restlichen Zeit den Sohn wieder selber betreut hätte (Urk. 8/24 S. 5).

Im Rahmen der nach der Geburt ihrer Tochter (am 5. Juli 2008) eingeleiteten Rentenrevision gab die Beschwerdeführerin zunächst an, wenn sie gesund wäre, würde ihr Arbeitspensum 100 % betragen (Urk. 8/72). Anlässlich der Abklärung der beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit in Beruf und Haushalt führte sie an, die Anstellung als Schuhverkäuferin im Jahre 2005 als eine Chance für eine stabile Anstellung gesehen zu haben. Seit der Auflösung dieses Arbeitsverhältnisses habe sie keine Erwerbstätigkeit mehr aufgenommen und auch keine Arbeitsbemühungen mehr unternommen. Ohne Behinderung würde sie seit der Geburt ihres zweiten Kindes 50 % arbeiten. Bereits aufgrund der finanziellen Verhältnisse müsste sie mindestens eine Teilzeiterwerbstätigkeit ausüben, denn abzüglich der Fixkosten und der Steuerrückstellungen blieben der Familie nur noch sehr wenig finanzielle Mittel für den Lebensunterhalt (Urk. 8/90 S. 2 f.). Die Abklärungsperson stellte auf diese Ausführungen ab und stufte die Beschwerdeführerin - wie bereits erwähnt - als im Gesundheitsfall je zu 50 % erwerbs- beziehungsweise im Haushalt tätig ein (Urk. 8/90 S. 3 und S. 7).

4.2 Es ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin bereits aufgrund der angespannten finanziellen Lage der Familie im Gesundheitsfall darauf angewiesen wäre, mindestens eine Teilzeiterwerbstätigkeit auszuüben. Dass sie zu einem vollen Pensum arbeiten würde, erscheint indessen als nicht überwiegend wahrscheinlich. So unternahm sie seit der Kündigung des letzten Arbeitsverhältnisses per Ende Dezember 2006 keinerlei Anstalten zur Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit, obwohl ihr dies aus gesundheitlichen Gründen im Rahmen eines Teilpensums zumutbar gewesen wäre und die finanzielle Lage der Familie wohl bereits damals prekär war. Allerdings weist auch die langjährige Aufgabenteilung unter den Eheleuten darauf hin, dass Haushalt und Kinderbetreuung auch im Gesundheitsfall weitgehend zum Aufgabenbereich der

Beschwerdeführerin gehörenden würden. Schliesslich war die Beschwerdeführerin nach der Geburt des ersten Kindes etwa 3 ½ Jahre nur noch im Teilpensum erwerbstätig. Die Annahme der Vollzeitstelle als Schuhverkäuferin erfolgte lediglich mit der Absicht, eine feste Anstellung zu erlangen. Wäre sie nicht erkrankt, hätte sie sich spätestens ab Juni 2007 wieder vermehrt der Betreuung ihres Kindes gewidmet. Dass sie ihr Arbeitspensum später, insbesondere nach der Geburt des zweiten Kindes im Juli 2008 wieder erhöht hätte, erscheint aufgrund dieser Aktenlage mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 360 E. 5b, 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen; vgl. 130 III 324 f. E. 3.2 und 3.3) nicht erstellt. Daran vermag auch ihre einmalige und unbegründete Angabe einer Vollerwerbstätigkeit im Gesundheitsfall (Urk. 8/72) nichts zu ändern. Die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einstufung der Beschwerdeführerin als Teilerwerbstätige erweist sich damit als korrekt.

4.3 Die Invaliditätsbemessung hat demzufolge nach der gemischten Methode zu erfolgen.

E. 5

5.1 Im Bericht der D.____ Klinik vom 26. November 2008 wurde die Diagnose einer chronischen Lumboischialgie beidseits, rechtsbetont bei Status nach Dekompression und Spondylodese am 29. Januar 2007 gestellt. Die Beschwerdeführerin zeige das Bild eines Failed back Syndroms. Sie habe praktisch zu keinem Zeitpunkt von der Spondylodese profitiert. Es beständen persistierende Beschwerden. Bereits ein Jahr zuvor seien Abklärungen ohne klare fassbare Befunde durchgeführt worden. Nach Austragen der Schwangerschaft sei eine Beurteilung in der Universitätsklinik C.____ mit Röntgen, Computertomographie und Magnetresonanztomographie erfolgt, die eine stabile Spondylodese ohne Lockerungszeichen und normale Nachbarabschnitte der Wirbelsäule gezeigt habe. Somit sei keine Ursache für die angegebenen chronischen therapierefraktären Beschwerden gefunden worden. Es sei der Verdacht auf Schmerzverarbeitungsstörung geäussert und der Fall abgeschlossen worden. Die Beschwerdeführerin fühle sich nicht ernst genommen. Sie beschreibe chronische Schmerzen bei sämtlichen Tätigkeiten, im Stehen, Sitzen oder Gehen, mit Ausstrahlungen in beide Beine, rechts mehr als links. Dazu verspüre sie ein diffuses rechtsbetontes Taubheitsgefühl in beiden Oberschenkeln und in beiden Waden und Fussrücken (Urk. 8/70 S. 2 f.).

Die daraufhin in der D.____ Klinik durchgeführte 3-Phasenskelettszintigraphie zeigte laut Bericht vom 10. Dezember 2008 ausser einer mässiggradigen Mehranreicherung im Bereich der Spondylodese L4/5 auf Höhe der ehemaligen Facettengelenke keine weiteren Pathologien, insbesondere keine pathologische Mehranreicherung in den Wirbelkörpern L4 und L5. Weiter führte der berichtende Klinikarzt aus, es beständen keine Hinweise für eine Hyperämie oder einen entzündlichen Prozess. Somit ergäben sich aus diesem skelettszintigraphischen Befund keine ausreichenden Hinweise, um einen erneuten wirbelsäulenchirurgischen Eingriff zu empfehlen, weshalb der Fall vorläufig abgeschlossen werde (Urk. 8/70 S. 1).

5.2 Der die Beschwerdeführerin seit Februar 2008 behandelnde Psychiater Dr. Y.____ stellte im Bericht vom 7. Februar 2009 die Diagnose einer seit 2006 bestehenden mittelgradigen depressiven Störung bei angstneurotischer Persönlichkeit (ICD-10

F32.11). Daneben führte er die Diagnosen eines Status nach Hüftoperationen links 1993 und 2006 sowie nach Spondylodese 2007 mit konsekutivem chronischem Schmerzsyndrom in Rücken und Beinen an. Weiter gab der Psychiater an, es bestehe eine emotionelle Einengung mit Verlust jeglichen Selbstvertrauens und chronischen Verkrampfungen. Die Beschwerdeführerin neige aus Leistungswille zur Überforderung. Die massiven körperlichen Einschränkungen, die generelle Ängstlichkeit, das fehlende Selbstvertrauen, die hohe Erschöpfbarkeit, die Konzentrations- und Gedächtnisstörungen sowie die Stressintoleranz wirkten sich auf jede Art leistungsorientierter Tätigkeit einschränkend aus. Mangels eines zumutbaren Arbeitsprofils sei die Beschwerdeführerin seit Juni 2006 zu 100 % für jegliche leistungsorientierte Tätigkeit arbeitsunfähig (Urk. 8/71).

E. 5.3

5.3.1 Im rheumatologischen Gutachten vom 10. Juli 2009 stellte Dr. Z.____ folgende Diagnosen (Urk. 8/79 S. 24):

- Ausgedehnte chronische Schmerzen
- Status nach Schenkelhalsfraktur links 1994 mit
 - Ä - operativer Versorgung (Schraubenostheosynthese)
 - Ä Ä Ä Ä - Metallentfernung 1996
 - Ä - arthroskopischem Débridement des anterolateralen Labrums am 2. Juni 2006 bei femoroazetabulärem Impingement (FAI) und Arthrotomie mit Kopf-/Hals-Taillierung bei Frühcoxarthrose
- Status nach lumbospondylogem Syndrom bei
 - Ä - medianer Diskushernie L4/5 mit zentraler Spinalkanalstenose und Kontakt zu beiden Nervenwurzeln L5, Diskusprotrusion L5/S1 (MRI LWS 11/2006) und
 - Ä - Operation an der Lendenwirbelsäule am 29. Januar 2007 (Dekompression L4/5 mit Spondylodese L4/5 mit Beckenkammspongiosa) sowie Fusion der Facettengelenke L4/5 mit
 - Ä Ä Ä Ä - massiggradiger Mehranreicherung der Facettengelenke (Szintigraphie 12/2008)
 - Ä Ä Ä Ä - leicht progredienter dorsaler Dislokation der Diskusprothese L4/5 ohne Neurokompression und ohne Spinalkanalstenose (Röntgen, CT und MRI 10/2008)
 - Ä - klinisch ohne radikale Zeichen
- substituierte Hypothyreose bei Status nach Hyperthyreose mit Thyreoidektomie 1996
- Knochenzyste des proximalen Femurs rechts, seit Jahren bekannt
- mögliche Allergie auf Coiffeurprodukte, gemäss Angaben der Explorandin, jedoch ohne Abklärungsbefund
- Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Laut Gutachten klagte die Beschwerdeführerin über andauernde Schmerzen im Kopf, im Nacken mit Ausstrahlung in die Arme sowie in der ganzen Wirbelsäule mit Ausstrahlung in beide Beine. Ihr Kopf sei trüb. Die Schmerzen seien nicht extrem stark. Regenwetter und Sitzen verschlimmerten die Beschwerden,

Sonnenschein und Liegen verbesserten sie (Urk. 8/79 S. 15).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund dieser Klagen, der Anamnese, der klinischen Untersuchung, den Resultaten der bildgebenden Abklärungen und den Laborbefunden kam die Gutachterin zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin eine adaptierte Tätigkeit zu 100 % ausüben könnte. Diese gebe ausgedehnte Schmerzen an. In der Dolorimetrie seien sämtliche Tender Points wie auch alle Kontrollpunkte pathologisch. Sanfte Berührungen würden von ihr bereits als schmerzhaft angegeben. Wenn die Kontrollpunkte pathologisch seien, bestehe definitionsgemäss keine Fibromyalgie. Die Beinumfangge seien rechts und links praktisch symmetrisch. Dies zeige, dass die Beschwerdeführerin beide Beine etwa gleich einsetze. Die Gebrauchsspuren an den Fingerkuppen des Daumens und Zeigefingers rechts erkläre sie mit dem Schälen von Kartoffeln, was eine plausible Erklärung sei. Diskrepant dazu sei die von ihr gezeigte Handkraft rechts von 71 % der Norm und links von knapp 56 %. Aus rheumatologischer Sicht gebe es keine Erklärung für eine verminderte Handkraft links. Bei der Untersuchung sei der Einsatz beider Hände normal. Am ehesten bestehe hier eine Selbstlimitierung (Urk. 8/79 S. 25).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Sowohl die gelernte Tätigkeit als Coiffeuse wie auch die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Schuhverkäuferin würden vorwiegend stehend ausgeübt. Beide Tätigkeiten seien nicht adaptiert und könnten von der durch Rückenfunktionseinschränkungen sowie durch eine eingeschränkte Funktion des linken Hüftgelenks limitierten Beschwerdeführerin seit 31. Mai 2006 nicht mehr ausgeübt werden. Für Tätigkeiten ohne Heben oder Tragen von Lasten über 10 kg habe nie eine langfristige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Sie könnten zu 100 % ausgeübt werden (Urk. 8/79 S. 26 und S. 28).

5.3.2Ä Ä Im psychiatrischen Gutachten vom 3. August 2009 diagnostizierte Dr. A. ___ eine mittelgradige depressive Störung (ICD-10 F32.1) sowie eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Der daneben bestehenden Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73.1) mass der Gutachter keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bei (Urk. 8/80 S. 14).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Weiter führte Dr. A. ___ aus, die Explorandin habe sehr wechselhafte Beschwerden angegeben. Sowohl die Schmerzqualität als auch die Intensität seien schwankend. Psychisch fühle sie sich lustlos. Sie bemerke eine Vergesslichkeit sowie eine schlechte Konzentration. Häufig sei sie abwesend mit den Gedanken. Sie erleide auch schwere Stimmungseinbrüche, manchmal mit tagelangem Weinen. Sie habe grosse Ängste vor der Zukunft, vermisse ihr altes Leben und die Lebensqualität. Auch mache sie sich Sorgen um ihre Ehe, da diese durch ihre Erkrankung schwer belastet sei. Sie habe Angst, ihr Ehemann könne sie verlassen. Sie habe Existenzangst (Urk. 8/80 S. 5 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gesamthaft erscheine die Konstellation einer Anpassungsstörung beziehungsweise von maladaptivem Verhalten bei Auftreten einer körperlichen Erkrankung, anschliessend einer schweren Kränkung durch Arbeitsplatzverlust, der resultierenden wirtschaftlichen und sozialen Abhängigkeit mit in der Folge weiterer Fixierung der bestehenden Anpassungsproblematik im Sinne einer Schmerzverarbeitungsstörung sowie der zusätzlichen Entwicklung einer depressiven Erkrankung als ausreichend, um das vorliegende Störungsbild im Sinne der ICD-10 als somatoforme Schmerzstörung zu klassifizieren. Das Ergebnis des Beck Depressions

Inventar (BDI) zeige eine leicht erhöhte depressive Symptomatik, während die Erhebung des Psychostatus eine sicherlich mittelgradige depressive Stimmung widerspiegeln. Diese Konstellation deute darauf hin, dass bei der Beschwerdeführerin keine Verdeutlichungstendenzen beständen. Der Aufmerksamkeitstest sowie der Konzentrationsverlaufstest bestätigten diese Einschätzung und zeigten nur leichte Auffälligkeiten bei einer sogar über dem Durchschnitt liegenden Sorgfalsleistung im Konzentrationsverlaufstest, was auf eine entsprechende Kooperation und Mitarbeit der Explorandin schliessen lasse und sich mit den anamnestischen Hinweisen auf eine eher zwanghafte beziehungsweise leistungsorientierte Persönlichkeit decke. Es handle sich um ein Stimmungsbild mit Krankheitswert, das Einschränkungen der Beschwerdeführerin in ihrer Leistungsfähigkeit nach sich ziehe. Dazu sei auszuführen, dass nebst somatischen Behandlungen und einer ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung bisher keine intensive integrative Behandlungsmassnahme, zum Beispiel in Form einer geeigneten stationären Rehabilitationsbehandlung, stattgefunden habe. Die Beschwerdeführerin, die über gute Ressourcen verfüge, sozial sowie beruflich gut integriert gewesen sei und bis zum Erkrankungsbeginn keine besonderen Auffälligkeiten gezeigt habe, verfüge sicherlich über Ressourcen, die unter geeigneter Behandlung und Förderung einem weiterhin ungünstigen Verlauf und zu befürchtenden Chronifizierungstendenzen des derzeit vorliegenden Stimmungsbildes entgegen wirken könnten (Urk. 8/80 S. 8 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In der derzeitigen Verfassung sei die Beschwerdeführerin einer Tätigkeit mit entsprechender Verantwortung und Anforderung an die kontinuierliche Belastbarkeit nicht gewachsen. Den Beginn der Arbeitsunfähigkeit setzte Dr. A. ___ auf Mai 2006 fest. Die seit diesem Zeitpunkt bestehende Arbeitsunfähigkeit sei im Wesentlichen somatisch dokumentiert und begründet worden. Der Psychiater Dr. Y. ___ habe den Beginn der Arbeitsunfähigkeit auf Juni 2006 terminiert, wobei er sowohl körperliche als auch psychische Faktoren geltend gemacht habe. Somit sei letztlich retrospektiv nicht mehr feststellbar, ab wann und zu welchen Anteilen die bestehende Arbeitsunfähigkeit auf psychische Einschränkungen zurückzuführen sei. Für körperlich adaptierte Tätigkeiten ohne besondere Anforderungen an die Ausdauer, das Arbeitstempo, die kontinuierliche Belastbarkeit, ohne Zeitdruck, mit möglichst freier Zeiteinteilung und gegebenenfalls Rückzugsmöglichkeiten könne von einer etwa 50%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden (Urk. 8/80 S. 9 f.).

5.3.3.Ä Ä In der interdisziplinären Zusammenfassung und Beurteilung kamen Dr. Z. ___ und Dr. A. ___ zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin aus rheumatologischer Sicht als Coiffeuse oder als Schuhverkäuferin/Filialeiterin seit 31. Mai 2006 nicht mehr arbeitsfähig sei. In einer körperlich adaptierten Tätigkeit ohne besondere Stressbelastung bestehe dagegen eine 50%ige Leistungsfähigkeit (Urk. 8/80 S. 11 f.).

5.3.4.Ä Ä In der Ergänzung vom 22. August 2009 erläuterte Dr. Z. ___ die von ihr im Gutachten vom 10. Juli 2009 erfolgte Einteilung der Diagnosen mit Bezug auf ihre Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit (Urk. 8/84; vgl. Urk. 8/79 S. 24).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In der im Vorbescheidverfahren eingeholten Stellungnahme vom 22. Februar 2011 gab sie an, dass beginnende Coxarthrosen praktisch nie zu einer eingeschränkten Hüftbeweglichkeit führen, was auch bei der Beschwerdeführerin der Fall sei. Der Einfluss einer allfälligen Progredienz der Coxarthrose werde durch die

Wahl einer h ftadaptierten Tätigkeit minimiert, was sie im Gutachten empfohlen habe (Urk. 8/102).

5.3.5   Am 3. März 2011 nahm Dr. A.____ zu den von der Beschwerdeführerin im Vorbescheidverfahren gegen das psychiatrische Gutachten vom 3. August 2009 erhobenen Einwendungen aus fachärztlicher Sicht ausführlich Stellung und bestätigte seine dortigen Schlussfolgerungen (Urk. 8/103).

5.4     Dr. B.____, Vertrauensarzt des Rechtsschutzversicherers der Beschwerdeführerin, führte in seiner Akteneinsch tzung vom 17. März 2011 aus, aufgrund des Berichtes der D.____ Klinik vom 26. November 2008 dürfte ein Failed back Syndrom vorliegen. Es sei mindestens anzunehmen, dass hier die knöcherne Fusion nach den operativen Eingriffen nicht vollständig gelungen sei, weil die individuelle Knochenheilung entsprechend gestört sein dürfte. Gewisse Belastungsbeschwerden seien auf eine Failed back-Problematik zurückzuführen. Es sei aber nicht zuzuweisen welche, weil dieses Syndrom nicht einer einzelnen Diagnose sondern einem Symptomentopf entspreche. Die Arbeitsfähigkeit dürfte in Anbetracht des bis heute nicht ausgeschlossenen Failed back Syndroms ungefähr bei 50 % liegen. Damit sei auch die Situation mit der Coxarthrose mitberücksichtigt. Die Arbeitsunfähigkeit betreffe in erster Linie die gemischte Haushaltst tigkeit mit zwei Kindern im Vorschul- und Schulalter (Urk. 8/104 S. 2).

E. 6

6.1     Gegen die Verwertbarkeit von Dr. Z.____s Gutachten 10. Juli 2009 macht die Beschwerdeführerin zunächst geltend, sie sei erst anlässlich der psychiatrischen Untersuchung durch Dr. A.____ über die zusätzliche Begutachtung durch Dr. Z.____ informiert worden. Es sei eine Tatsache, dass diese Gutachterin zwischenzeitlich einschli gig dafür bekannt sei, dass alle untersuchten Versicherten gesund aus ihrer Praxis kämen. Es sei daher davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ganz bewusst auf die Bekanntgabe der rheumatologischen Untersuchung verzichtet habe, um auf allfällige Einwände gegen die Gutachterin gar nicht erst eintreten zu müssen (Urk. 1 S. 3).

       Daraus leitet die Beschwerdeführerin eine Verletzung des rechtlichen Gehörs durch Missachtung des korrekten Vorgehens bei der Gutachtensanordnung ab. Darüber hinaus macht sie eine Befangenheit der Gutachterin Dr. Z.____ geltend.

E. 6.2

6.2.1   Muss ein Versicherungsträger zur Abklärung des Sachverhalts ein Gutachten einer oder eines unabhängigen Sachverständigen einholen, so gibt er der Partei deren oder dessen Namen bekannt. Diese kann den Gutachter aus triftigen Gründen ablehnen und kann Gegenvorschläge machen (Art. 44 ATSG).

6.2.2   Mit an die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin adressierten Mitteilung vom 13. März 2009 eröffnete die Beschwerdegegnerin, dass Dr. med. A.____ mit einer Begutachtung beauftragt worden sei (Urk. 8/74). Am 30. März 2009 liess Dr. A.____ den auf den 28. Mai 2009 angesetzten Begutachtungstermin mitteilen (Urk. 8/75). Bei den Akten liegt weiter ein eingeschriebener Brief vom 15. April 2009, womit Dr. Z.____ die Beschwerdeführerin über den von der Beschwerdegegnerin erteilten Begutachtungsauftrag informierte und sie am 9. Juni 2009 in ihre Rheumapraxis einlud.

Unter anderem bat Dr. Z.____ die Beschwerdeführerin, ihren Pass mitzunehmen (Urk. 8/87). Da die Beschwerdeführerin gemäss ihren eigenen Angaben darüber orientiert war, dass sie ihren Pass zur Untersuchung bei Dr. Z.____ mitzunehmen hatte (Urk. 8/76 S. 1), ist davon auszugehen, dass sie die Einladung vom 15. April 2009 rechtzeitig erhalten hatte und damit auch über die Person der Gutachterin vorgängig informiert worden war.

Nach Lage der Akten wurde hingegen die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin über die vorgesehene Begutachtung durch Dr. Z.____ nicht vorschriftsgemäss orientiert, obwohl das Mandatsverhältnis bereits damals bestand und der Beschwerdegegnerin bekannt war (Urk. 8/67, Urk. 8/69; vgl. Urk. 8/74). Dieser Umstand führt indessen nicht ohne weiteres zur Unverwertbarkeit der entsprechenden Abklärungsergebnisse. Der betroffenen Partei darf aus einer mangelhaften Eröffnung nur (aber immerhin) kein Nachteil erwachsen (vgl. etwa Bundesgerichtsurteil 8C_547/2007 vom 19. März 2008 E. 2.3).

E. 6.3

6.3.1 Für Sachverständige gelten grundsätzlich die gleichen Ausstands- und Ablehnungsgründe, wie sie für Richter vorgesehen sind. Danach ist Befangenheit anzunehmen, wenn Umstände vorliegen, die in objektiver Weise und nicht bloss aufgrund des subjektiven Empfindens der Partei geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit und Unvoreingenommenheit der sachverständigen Person zu erwecken. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche medizinischen Gutachten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit der begutachtenden Ärzte ein strenger Massstab anzulegen (BGE 132 V 93 E. 7.1; 120 V 357 E. 3b in fine mit Hinweisen).

6.3.2 Das Expertenverhalten während der Exploration kann objektiv den Anschein von Befangenheit erwecken. Zu denken ist etwa an Äusserungen, welche die Glaubhaftigkeit der Angaben des Exploranden oder der Explorandin zum Gesundheitszustand und zur Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit von vornherein mehr oder weniger offen verneinen, abschätzige Bemerkungen persönlicher Natur oder unter Umständen die Art und Weise, wie die Untersuchung durchgeführt wird und in diesem Zusammenhang auch die Dauer der Massnahme. Die Objektivität der Beurteilung steht auch in Frage, wenn die begutachtende Person von weitgehend sachfremden Kriterien auf Aspekte des Gesundheitszustandes schliesst, welche für die zumutbare Arbeitsfähigkeit von Bedeutung sind. Schliesslich kann die Abfassung einer medizinischen Expertise in beleidigendem Ton oder sonst auf unsachliche Art und Weise objektiv Zweifel an der Unvoreingenommenheit der sachverständigen Person wecken (Bundesgerichtsurteil 8C_905/2011 vom 6. Juni 2012 E. 4.2).

Für die Frage, ob bestimmte Äusserungen oder das Verhalten des Experten oder der Expertin objektiv den Anschein der Befangenheit zu erwecken vermögen, kann allenfalls auch von Bedeutung sein, ob das Verhältnis zwischen der sachverständigen und der zu explorierenden Person angespannt war, ohne dass Anhaltspunkte für ein negatives unkooperatives Verhalten seitens der abzuklärenden Person bestand. Der Umstand, dass ein insbesondere im therapeutischen Kontext wichtiges Vertrauensverhältnis zwischen begutachtendem Arzt und Patient nicht hergestellt werden konnte, lässt jedoch nicht auf Voreingenommenheit schliessen (Bundesgerichtsurteil 8C_905/2011 vom 6. Juni 2012 E. 4.2).

6.3.3. Wie den Akten entnommen werden kann, kontaktierte die Beschwerdeführerin umgehend nach der Begutachtung durch Dr. Z. ___ ihre Rechtsvertreterin, welche am 11. Juni 2009 das Verhalten der Gutachterin rügte. Insbesondere machte sie geltend die Untersuchung habe keineswegs einer ärztlichen Befundaufnahme, sondern einer reinen Schikane entsprochen. Sie habe denn auch gleichentags ihren Psychiater, Dr. Y. ___, notfalls konsultieren müssen, um das Erlebte verarbeiten zu können. Die Untersuchung habe zirka 1 ½ Stunden gedauert, wobei zu Beginn Blut und Urin entnommen, die Beinlängen gemessen und auch Röntgenaufnahmen gemacht worden seien. Dies sei innert kurzer Zeit durchgeführt worden. Danach habe die Untersuchung lediglich in Fragen betreffend ihr Privatleben bestanden mit dem Ziel, sie in Widersprüche zu verwickeln und sie als Simulantin hinzustellen, und in fotografisch festgehaltenen Übungen, welche sie habe vorführen müssen. Teilweise hätten ihr die Übungen grosse Schmerzen bereitet. So sei sie zum Beispiel gefragt worden, ob sie ein Haus in "___" habe, ob ihr Mann sie schlage, was sie gestern gemacht haben, ob sie ein Fest gefeiert habe, ob sie sich die Haare selber färbe, und so weiter. Sie habe ausserdem ihren Pass zur Untersuchung mitbringen müssen, welcher von Dr. Z. ___ angeschaut und kommentiert worden sei: «Sie waren also 2007 in den Ferien? Haben Sie in nächster Zeit auch Ferien geplant? Können Sie denn überhaupt in die Ferien reisen?». Zum Schluss habe die untersuchende Ärztin angemerkt, dass der Vater der Beschwerdeführerin ja auch bei der Invalidenversicherung angemeldet sei. «Ob dies in der Familie läge?». Der Vater werde schliesslich auch von ihr untersucht werden (Urk. 8/76 S. 1 f.).

In ihrer Stellungnahme vom 29. September 2009 zu den beiden Gutachten beanstandete die Beschwerdeführerin sodann sachfremde Aussagen im rheumatologischen Gutachten, woraus sie die Voreingenommenheit von Dr. Z. ___ ableitete. So habe die Gutachterin ausgeführt, der Regionale ärztliche Dienst sehe angesichts inkongruent anmutender Aktenaussagen zur Restarbeitsfähigkeit eine gutachterliche Untersuchung als notwendig an. Weiter könne die Beschwerdeführerin eine adaptierte Tätigkeit bis zur Pensionierung ausüben. Diese erkläre die Gebrauchsspuren an den Fingerkuppen des Daumens und Zeigefingers rechts mit dem Schäle von Kartoffeln. Auch sei sie im Auto nach "___" gefahren, wobei die Autofahrt 16 Stunden gedauert habe (Urk. 8/86).

Diese Vorwürfe wiederholte die Beschwerdeführerin auch in den im Rahmen des Vorbescheidverfahrens am 2. Februar 2011 erhobenen Einwendungen (Urk. 8/100 S. 2).

6.3.4. Wie dargelegt, kann auf Dr. Z. ___s Gutachten vom 10. Juli 2009 nur abgestellt werden, sofern kein Anschein der Befangenheit der Gutachterin vorliegt. Damit darüber entschieden werden kann ist erforderlich, dass offengelegt wird, wie sich das Verhalten der untersuchenden Ärztin genau darstellte.

Obwohl Dr. Z. ___ von der Beschwerdegegnerin mit den gegen sie erhobenen Vorwürfen konfrontiert wurde, setzte sie sich in ihrer Stellungnahme vom 22. Februar 2011 nicht damit auseinander (Urk. 8/101 f.). Auch die Beschwerdegegnerin nahm weder im Vorbescheid vom 30. Dezember 2010 noch in der rentenaufhebenden Verfügung vom 11. Mai 2011 zur Frage der Befangenheit der Gutachterin Stellung (Urk. 2, Urk. 8/92 S. 3, Urk. 8/96). Zwar ergeben sich weder aus dem rheumatologischen Gutachten vom 10. Juli 2009 (Urk. 8/79) noch aus der interdisziplinären

Zusammenfassung vom 3. August 2009 (Urk. 8/80 S. 11 ff.) objektive Anhaltspunkte für eine mögliche Befangenheit im Sinne des in Erwägung 6.3.2 Dargelegten. Dies genügt jedoch angesichts der von der Beschwerdeführerin erhobenen Vorwürfe nicht, um entsprechende Zweifel auszuräumen. Die Sache ist daher zur weiteren Sachverhaltsfeststellung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese wird Dr. Z. über den genauen Ablauf und die Vorfälle während der Untersuchung der Beschwerdeführerin zu befragen haben und hernach darüber entscheiden, ob das rheumatologische Gutachten weiterhin als beweistauglich zu qualifizieren ist. Danach wird sie nochmals über den Rentenanspruch zu entscheiden haben.

6.4. Dr. Z.'s Gutachten vom 10. Juli 2009 vermag aber auch inhaltlich nicht vollends zu überzeugen. So weist es auf keine seit der Rentenzusprechung im Juni 2008 eingetretene, relevante Veränderung des Gesundheitszustandes hin. Vielmehr ergeben sich gemäss dem internistisch-rheumatologischen Gutachten - wie auch den übrigen in E. 5.1 und E. 5.4 wiedergegebenen fachärztlichen Stellungnahmen - hinsichtlich der körperlichen Beschwerden weitgehend stabile Verhältnisse. Die Arbeitsfähigkeitseinschätzung von Dr. Z. differiert jedoch wesentlich von denjenigen, die der Rentenzusprechung zugrunde lagen (E. 2). Dies weckt den Anschein, dass die Diskrepanz nicht auf eine gesundheitliche Verbesserung zurückzuführen ist, sondern vielmehr auf eine unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit. So lässt sich auch Dr. Z.'s Aussage erklären, in adaptierter Tätigkeit habe nie eine langfristig eingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestanden (Urk. 8/79 S. 28). Eine unterschiedliche Beurteilung unveränderter Verhältnisse würde jedoch für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG darstellen. Auch diesbezüglich ist demzufolge eine Ergänzungs der Abklärungen nötig.

6.5. Im psychiatrischen Gutachten vom 3. August 2009 geht Dr. A. - gestützt auf die Ausführungen des behandelnden Psychiaters Dr. Y. (E. 5.2) - davon aus, dass die psychische Problematik bereits seit Ende Mai 2006 besteht und die Arbeitsfähigkeit um 50 % reduziert. Dadurch erscheint eine seit der Rentenzusprechung im Juni 2008 eingetretene relevante Veränderung des psychischen Gesundheitszustandes fraglich, weshalb auch diesbezüglich ergänzende Abklärungen erforderlich sind.

Weiter fehlt in Dr. A.'s Gutachten vom 3. August 2009 eine Stellungnahme zur Fähigkeit der Beschwerdeführerin, ihre gewohnten Aufgaben im Haushalt und in der Kinderbetreuung zu erfüllen. Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist in der Regel den ärztlichen Stellungnahmen mehr Gewicht einzuräumen als dem Bericht über die Haushaltabklärung, weil es der Abklärungsperson regelmässig nur beschränkt möglich ist, das Ausmass des psychischen Leidens und der damit verbundenen Einschränkungen zu erkennen (Bundesgerichtsurteil 9C_201/2011 vom 5. September 2011 E. 2).

Zu beachten ist sodann, dass sich Dr. A. bei der Diagnostizierung einer somatoformen Schmerzstörung gemäss eigener Aussage in der Stellungnahme vom 3. März 2011 auf die rheumatologische Beurteilung von Dr. Z. stützt (Urk. 8/103 S. 2). Die Beweistauglichkeit seiner Schlussfolgerungen im Gutachten vom 3. August 2009 steht und fällt demzufolge mit der - bis zur erfolgten Ergänzungs der Abklärungen gemäss E. 6.3 und E. 6.4 noch offenen - Beweiskraft von Dr. Z.'s Gutachten vom 10. Juli 2009.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Sollten die durchzuführenden weiteren Abklärungen ergeben, dass aus rheumatologischer Sicht ein unveränderter Sachverhalt vorliegt, stellte sich schliesslich die Frage nach der Notwendigkeit einer Anpassung der psychiatrischen Beurteilung hinsichtlich der Diagnostik und des Zusammenwirkens einer allfälligen aus psychiatrischer Sicht zu attestierenden Arbeitsunfähigkeit mit der rheumatologisch-orthopädisch begründeten Arbeitsunfähigkeit von 50 % in leidensangepasster Tätigkeit (E. 2).

E. 7

7.1 Ä Ä Ä Ä Was den Haushaltsbereich angeht, besteht laut Abklärungsbericht vom 6. Mai 2010 im Bereich Ernährung eine Behinderung von 17.5 %, im Bereich Wohnungspflege eine solche von 10.8 %, im Bereich Wäsche- und Kleiderpflege eine solche von 6.4 % und im Bereich Kinderbetreuung eine solche von 3.6 %. In den übrigen Bereichen ist keine Einschränkung ausgewiesen. Die Abklärungsperson stellte fest, dass der Ehegatte, die Mutter und die Patin der Tochter einen Teil der Aufgaben, welche die Beschwerdeführerin nicht mehr versehen könne, übernommen hätten (Reinigungsarbeiten, Mithilfe beim Grosseinkauf und bei der Kinderbetreuung). Insgesamt ergebe sich im Haushaltsbereich eine 38%ige Einschränkung beziehungsweise ein gewichteter Teilinvaliditätsgrad von 19 % (Urk. 8/90).

7.2 Ä Ä Ä Ä Im Hinblick auf die einschlägige bundesgerichtliche Rechtsprechung (vgl. Bundesgerichtsurteil 9C_201/2011 vom 5. September 2011 E. 2 mit Hinweisen) fehlt zwecks Prüfung der Beweistauglichkeit des Abklärungsberichts vom 6. Mai 2010 eine fachärztliche Stellungnahme zur Fähigkeit der Beschwerdeführerin, ihre gewohnten Aufgaben im Haushalt und bei der Kinderbetreuung zu erfüllen. Weder der Gutachter Dr. A. (vgl. E. 6.5) noch der Regionale ärztliche Dienst der IV-Stelle, dem der Bericht unterbreitet wurde (vgl. Urk. 8/92 S. 3 f.), äusserten sich dazu (Urk. 8/91 S. 5, Urk. 8/93, Urk. 8/106 insbesondere S. 5). Angesichts der von der Abklärungsperson festgestellten, nicht geringen Einschränkung im Haushaltsbereich von 38 % ist eine fachpsychiatrische Plausibilisierung der Schlussfolgerungen im Abklärungsbericht vom 6. Mai 2010 unverzichtbar, weshalb auch diesbezüglich ergänzende Abklärungen notwendig sind.

8. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 600.-- festzulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Zudem ist der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 1'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen (Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht; GSVGer).

Das Gericht erkennt:

1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 11. Mai 2011 aufgehoben und die Sache mit der Feststellung, dass die Invaliditätsbemessung nach der gemischten Methode zu erfolgen hat, an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin neu verfüge.

2. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 1'500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- AXA-ARAG Rechtsschutz AG
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen
- Helvetia Patria, Baarerstrasse 133, 6302 Zug

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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