

BGer 9C_71/2015 vom 29. September 2015

Bundesgericht, 2015-09-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_9C_71_2015

FR: TF 9C_71/2015 du 29 septembre 2015

IT: TF 9C_71/2015 del 29 settembre 2015

Erwägungen

E. 1

Die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten (Art. 82 ff. BGG) kann wegen Rechtsverletzungen gemäss Art. 95 f. BGG erhoben werden. Das Bundesgericht legt seinem Urteil den Sachverhalt zugrunde, den die Vorinstanz festgestellt hat (Art. 105 Abs. 1 BGG). Es kann die Sachverhaltsfeststellung der Vorinstanz von Amtes wegen berichtigen oder ergänzen, wenn sie offensichtlich unrichtig ist oder auf einer Rechtsverletzung im Sinne von Art. 95 BGG beruht (Art. 105 Abs. 2 BGG).

E. 2

Streitig ist, ob das kantonale Gericht zu Recht eine revisionsrechtlich erhebliche gesundheitliche Verbesserung zwischen der ursprünglichen Verfügung vom 28. Juni 2006 und der Rentenaufhebung vom 26. Februar 2013 bejaht hat. Anderweitige Veränderungen (namentlich im erwerblichen oder familiären Bereich) wurden weder geltend gemacht noch ergeben sich entsprechende Hinweise aus den Akten.

E. 3.1

Das kantonale Gericht hat die Rechtsgrundlagen zur Rentenrevision (Art. 17 Abs. 1 ATSG ; BGE 134 V 131 E. 3 S. 132), zum revisionsrechtlich massgebenden Vergleichszeitraum (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114) sowie zum Beweiswert und zur Beweiswürdigung ärztlicher Berichte und Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3a S. 352) zutreffend dargelegt. Darauf wird verwiesen.

E. 3.2

Bei den gerichtlichen Feststellungen zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit bzw. deren Veränderung in einem bestimmten Zeitraum handelt es sich um Tatfragen (BGE 132 V 393 E. 3.2 S. 397 ff.), welche letztinstanzlich nur eingeschränkt überprüfbar sind (E. 1 hievor). Gleiches gilt für die konkrete Beweiswürdigung (nicht publ. E. 4.1 des Urteils BGE 135 V 254 , in SVR 2009 IV Nr. 53 S. 164 [9C_204/2009]), bei welcher dem kantonalen Gericht ein erheblicher Ermessensspielraum zusteht (vgl. BGE 132 III 209 E. 2.1 S. 211; zum Begriff der Willkür BGE 137 I 1 E. 2.4 S. 5; Urteil 9C_1019/2012 vom 23. August 2013 E. 1.2.3). Dagegen sind die Beachtung des Untersuchungsgrundsatzes und der Beweiswürdigungsregeln (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG) vom Bundesgericht frei überprüfbare Rechtsfragen.

E. 4

Die Beschwerdeführerin rügt zunächst, das Gutachten der medizinischen Gutachterstelle H. _____ habe lediglich den Stellenwert einer versicherungsinternen Beurteilung, da die Auftragsvergabe nicht nach dem Zufallsprinzip (BGE 137 V 210) erfolgt sei. Diese Rüge ist bereits deshalb unbegründet, weil die entsprechende Auftragserteilung schon im Jahr

2010 erfolgt war, während die einschlägige bundesgerichtliche Rechtsprechungsänderung erst vom 28. Juni 2011 datiert. Im Übrigen steht eine Praxisänderung nicht per se dem Beweiswert der nach früherem Verfahrensstand eingeholten Gutachten entgegen (BGE a.a.O. E. 6 S. 266).

E. 5.1

Das kantonale Gericht setzte sich ausführlich mit den teilweise divergierenden medizinischen Beurteilungen auseinander und erwog, das Gutachten der medizinischen Gutachterstelle H. _____ sei grundsätzlich eine zuverlässige Beurteilungsgrundlage. Es stellte fest, der das psychiatrische Teilgutachten verfassende Psychiater, pract. med. K. _____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, habe lediglich noch die Kriterien für eine leichte depressive Episode als erfüllt erachtet. Damit sei eine Zustandsverbesserung belegt, zumal sowohl Dr. med. C. _____ als auch die behandelnden Ärzte an der Rehaklinik E. _____ im Jahr 2005 übereinstimmend eine psychische Verbesserung prognostiziert hätten und Dr. med. C. _____ am 12. April 2007 ein schwaches, aber merkliches Ansprechen auf die Behandlung beschrieben und eine weitere Steigerung der Arbeitsfähigkeit als möglich erachtet habe. Die Vorinstanz erwog, weil Rheumatologen oft mit psychosomatischen Beschwerden konfrontiert seien, könne der Beurteilung des Dr. med. I. _____, wonach eine psychische Verbesserung eingetreten sei, der Beweiswert nicht unter Hinweis auf die fachfremde Einschätzung abgesprochen werden. Dies gelte umso mehr, als sich Dr. med. I. _____ auf die Ausführungen des psychiatrischen Gutachtens stütze. Die abweichenden Beurteilungen namentlich des Psychologen J. _____ (visiert von Dr. med. L. _____, Arzt für Allgemeine Medizin FMH) vom 11. November 2011 vermöchten die Einschätzung der Ärzte der medizinischen Gutachterstelle H. _____ nicht in Zweifel zu ziehen.

In somatischer Hinsicht sei mit Blick auf die von Dr. med. M. _____, Neurologie FMH, im Teilgutachten der medizinischen Gutachterstelle H. _____ vom 30. März 2011 diagnostizierte chronische Migräne mit sensibler und visueller Aura von einer geringgradigen gesundheitlichen Verschlechterung auszugehen, welche die Gutachter der medizinischen Gutachterstelle H. _____ indes gebührend berücksichtigt hätten. Zusammenfassend sei davon auszugehen, dass die psychische Verbesserung die somatische Verschlechterung mehr als kompensiere, weshalb insgesamt von einer Verbesserung auszugehen und eine massgebliche Sachverhaltsänderung ausgewiesen sei.

E. 5.2

Die Versicherte bringt vor, das kantonale Gericht habe den Untersuchungsgrundsatz und die Beweiswürdigungsregeln verletzt. Der Psychiater K. _____ sei weder zu einer gesundheitlichen Veränderung befragt worden noch habe er sich dazu geäußert. Bereits deswegen hätte die Vorinstanz nicht auf seine Beurteilung abstellen dürfen. Die Äusserung des Dr. med. I. _____, es sei wahrscheinlicher, dass sich das psychische Leiden gebessert habe, sei fachfremd, beinhalte grosse Unsicherheiten und sei derart vage, dass daraus eine gesundheitliche Verbesserung nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit abgeleitet werden könne. Das kantonale Gericht habe die Anforderungen an den Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit und die der Verwaltung obliegende Beweislast für den Eintritt einer revisionsrechtlich relevanten gesundheitlichen Verbesserung missachtet. Schliesslich habe das Gericht den Bericht des Psychologen J. _____ und des Dr. med. L. _____ vom 11. November 2011, welcher sich entgegen

den vorinstanzlichen Feststellungen nicht lediglich auf die subjektiven Angaben der Versicherten stütze, willkürlich und in Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes gewürdigt.

E. 6

Die ursprüngliche Rentenzusprache erfolgte namentlich wegen einer Somatisierungsstörung (ICD-10 F.45.1) und einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1). Insbesondere gestützt auf die Beurteilung des Dr. med. C. _____ vom 21./26. Oktober 2005 und der Rehaklinik E. _____ vom 18. März und 15. November 2005 anerkannte die IV-Stelle nach Rücksprache mit dem RAD, der am 20. Dezember 2005 zum Schluss gekommen war, "vorderhand" sei eine vollständige Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen, im mit 70 % gewichteten Erwerbsbereich eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (im Aufgabenbereich liege keine Einschränkung vor).

E. 7

Dr. med. C. _____ hielt am 12. April 2007 fest, die geklagten Beschwerden unterschieden sich praktisch nicht von den am 26. Oktober 2005 festgehaltenen. Die Schmerzintensität habe ein wenig nachgelassen (nunmehr auf einer Skala von 0-10 eher bei 8 als bei 9-10). Ebenfalls leicht nachgelassen hätten die depressiven Symptome, sie erfüllten aber immer noch die Kriterien einer mittelgradigen Depression. Eine Steigerung der antidepressiven Medikation habe die Versicherte nicht vertragen. Sie komme aber regelmässig zu therapeutischen Gesprächen und nehme ihre Termine pünktlich und zuverlässig wahr. Sehr lobenswert sei, wie intensiv sie der Aufforderung nachkomme, sich regelmässig zu bewegen, indem sie dreimal wöchentlich ein 1 bis 1,5-stündiges Fitnessprogramm in einer physiotherapeutischen Praxis absolviere und täglich, meist mit ihrem jüngsten Sohn, Spaziergänge unternehme. Es könne von einem schwachen, aber doch merklichen Ansprechen auf die kombinierte Behandlung ausgegangen werden. Trotz zähem Verlauf sei eine weitere Steigerung im kommenden Jahr möglich, auch wenn fraglich sei, ob dies für ein Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit reiche.

Hausarzt Dr. med. B. _____ schrieb am 17. April 2007, im Grundzustand der "arg geplagten Patientin [sei] überhaupt keine Veränderung oder Verbesserung eingetreten".

Der das psychiatrische Gutachten vom 27. September 2007 verfassende Dr. med. F. _____ holte telefonische Auskünfte des Hausarztes Dr. med. B. _____ sowie des behandelnden Psychiaters Dr. med. C. _____ ein. Dr. med. B. _____ gab am 24. September 2007 an, die Versicherte funktioniere "wahrscheinlich besser als sie angibt". Sie leide schon; eine 50 %ige Arbeitsunfähigkeit sei seiner Ansicht nach gerechtfertigt. Dr. med. C. _____ teilte gleichentags insbesondere mit, die Versicherte sei kaum beeinflussbar und einer Psychotherapie nicht zugänglich. Sie gebe so viele Schmerzen und Beschwerden an, dass er die Diagnose einer Somatisierungsstörung favorisiere. Dr. med. F. _____ kam zum Schluss, der Gesundheitszustand habe sich seit November 2004 wahrscheinlich nicht wesentlich verändert. Zumindest sage die Versicherte, dass es ihr eher immer noch schlechter gehe. Immerhin habe sie in der psychiatrischen Behandlung begonnen, innerfamiliäre Probleme anzusprechen. Er diagnostizierte namentlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und eine Migräne-Erkrankung (wobei diese Beschwerdekomplexe sich vermischten und in den Umkreis der Fibromyalgie gehörten) sowie - wahrscheinlich begleitend im Rahmen der Schmerzstörung und der Stellenkündigung 2004 - eine depressive Verstimmung. Ob es sich um ein unabhängiges

Krankheitsbild im Sinne einer depressiven Episode (ICD-10 F32) handle, sei schwierig zu beurteilen. Die von der Versicherten geschilderte praktisch völlige Arbeitsunfähigkeit lasse sich aus psychiatrischer Sicht "so nicht ganz nachvollziehen". Es lasse sich zumindest nicht ausschliessen, dass sich die Situation soweit verbessert habe, dass aus psychiatrischer Sicht eine Teilzeitarbeit wieder etwa zu 50 % zumutbar wäre.

Der das orthopädische Gutachten vom 4. Juni 2008 verfassende Dr. med. G. _____ diagnostizierte ein lumbospondylogenes und leichtes lumboradikuläres Schmerzsyndrom links (seit 1998), migräneartige Kopfschmerzen (seit 1975), einen Verdacht auf somatoformes Schmerzsyndrom (seit 2004) und eine Depression (seit 2004). Objektive orthopädisch/rheumatologische Befunde fänden sich wenige, aus dieser Sicht bestehe in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 70 bis 75 %. Im bisherigen, die Versicherte eindeutig überfordernden Reinigungsdienst sei die Arbeitsfähigkeit aus rein orthopädisch-rheumatologischen Gründen auf maximal 15 bis 20 % zu veranschlagen.

Im Gutachten der medizinischen Gutachterstelle H. _____ vom 27. April 2011 wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erhoben: Chronische Kopfschmerzen (Migräne mit möglicher Aura, Spannungstypkopfschmerzen, Verdacht auf Analgetika induzierte Kopfschmerzen) sowie eine leichte depressive Episode ohne somatisches Syndrom. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit sei die Versicherte nur 70 % arbeitsfähig, wobei vor allem die neuropathologischen und weniger die psychopathologischen Befunde limitierend seien. In einer angepassten Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit schätzungsweise 80 %. Im Einzelnen hielt Dr. med. M. _____ im Teilgutachten vom 30. März 2011 fest, anhand der Akten sei der Verlauf der Kopfschmerzsituation seit 2006 nicht beurteilbar. Die Versicherte berichte, in den letzten drei Jahren habe sich die Situation "doch wahrscheinlich bzgl. der Spannungstypkopfschmerzen akzentuiert". Seit der Behandlung im Zentrum N. _____ (ab Juni 2008) sei die Situation als in etwa unverändert zu beurteilen. Dr. med. O. _____, Facharzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell Rheumaerkrankungen, führte im Teilgutachten vom 18. Januar 2011 aus, eine fassbare Progredienz der mässig ausgeprägten degenerativen Veränderungen im Lumbalabschnitt habe ausgeschlossen werden können. Auch sonst lägen klinisch keine gesicherten Befunde für ein fortschreitendes Wirbelsäulenleiden vor, weshalb er aus rheumatologischer Sicht eine weitere berufliche Dispensierung nicht rechtfertigen könne (sofern sich, wie bereits 1998 vorgeschlagen, eine Anpassung für Extremsituation realisieren lasse). Der Psychiater K. _____ diagnostizierte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.0); die Kriterien für eine mittelgradige depressive Episode seien nicht ausreichend oder genügend stark ausgeprägt. Der von Dr. med. F. _____ dargelegte Psychostatus sei zu knapp gehalten, um einen Vergleich auf der Symptomebene ziehen zu können. Da Dr. med. F. _____ bezogen auf 2007 nicht explizit einen Schweregrad festgelegt habe, könne nicht dargelegt werden, ob und allenfalls wie stark seit 2007 eine Veränderung eingetreten sei. In der bisherigen Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit 80 % (wobei ein beruflicher Wiedereinstieg mit einem solchen Pensum wegen der langen Arbeitsabstinenz unwahrscheinlich gelingen werde). Leichte Arbeiten ohne relevanten Aufmerksamkeitsanspruch seien theoretisch zu 100 % möglich.

Auf entsprechende Nachfrage der IV-Stelle erklärte Dr. med. I. _____ am 28. Juni 2011, ob sich der Gesundheitszustand verbessert habe, sei nicht leicht zu beantworten. Die von

Dr. med. C. _____ am 26. Oktober 2005 und 12. April 2007 gestellten Diagnosen könnten nicht (mehr) bestätigt werden. Es sei also wahrscheinlicher, dass es sich um eine Besserung des psychischen Leidens handle. Aus rheumatologisch/orthopädischer Sicht handle es sich eher um eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhalts. Die neurologische Beurteilung durch das Zentrum N. _____ vom 16. Oktober 2008 habe im Ausmass der dort attestierten Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollzogen werden können. Nicht leicht zu beantworten sei auch die Frage nach dem zeitlichen Verlauf. Sie (die Ärzte der medizinischen Gutachterstelle H. _____) gingen davon aus, der Gesundheitszustand sei im Verfügungszeitpunkt vom 25. September 2008 in etwa der gleiche gewesen wie anlässlich ihrer Begutachtung.

RAD-Ärztin P. _____, Fachärztin für Innere Medizin FMH, teilte in ihrer Stellungnahme vom 7. Juli 2011 die Beurteilung des Dr. med. I. _____ und hielt fest, "analog" Dr. med. I. _____ sei zwar eine Besserung des psychischen Leidens eingetreten, jedoch sei der Gesundheitszustand gegenüber 2008 unverändert. Aus rheumatologisch-orthopädischer Sicht handle es sich um eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhalts.

E. 8.1

Wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Beweisthemas und des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen abzugrenzen, muss deutlich werden, dass die Fakten, mit denen die Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben. Eine verlässliche Abgrenzung der tatsächlich eingetretenen von der nur angenommenen Veränderung ist als erforderliche Beweisgrundlage nicht erreicht, wenn bloss nominelle Differenzen diagnostischer Art bestehen. Die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist hingegen genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der Störungen geführt haben (Urteil 9C_418/2010 vom 29. August 2011 E. 4.3, in: SVR 2012 IV Nr. 18 S. 81).

E. 8.2

Je mehr medizinisches Ermessen bei der Stellung einer Diagnose und der ärztlichen Einschätzung der Funktionseinschränkungen im Spiel ist, desto wichtiger ist, den gutachterlichen Befund einer Veränderung auf möglichst solide klinische Feststellungen, auf gutachterliche Verhaltensbeobachtungen und anamnestische Daten zu stützen und diese Elemente in Beziehung zu den medizinischen Vorakten und den dort gesetzten Anknüpfungstatsachen zu bringen. Nur so kann dem Gutachten hinreichend zuverlässig entnommen werden, dass die in den Schlussfolgerungen beschriebene Differenz nicht wesentlich einer unterschiedlichen Wertung zuzuschreiben ist. Auf der anderen Seite darf die Notwendigkeit, eine bloss andere Beurteilung nicht als Anlass einer materiellen Revision gelten zu lassen, nicht dazu führen, dass die Anforderungen an den Nachweis einer Veränderung so hoch angesetzt werden, dass die ursprüngliche Festlegung praktisch perpetuiert wird. Dies gilt insbesondere für psychiatrische Beurteilungen, bei denen praktisch immer ein Spielraum besteht, innerhalb dessen verschiedene medizinische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist. Hier können die Beurteilungen nicht immer lückenlos mit

Tatsachenschilderungen unterlegt werden. Bei einer stark ermessensgeprägten Einschätzung, die weniger auf Messung und anderweitig normierter Feststellung als auf interpretationsbedürftigen Befundtatsachen beruht, kann etwa eine Auseinandersetzung mit der Genese des Gesundheitsschadens, den das Krankheitsgeschehen unterhaltenden Faktoren, für den Nachweis einer tatsächlichen Veränderung besondere Bedeutung erlangen (bereits zitiertes Urteil 9C_418/2010 E. 4.4 mit weiteren Hinweisen).

E. 9.1

Die Ärzte bekundeten nach den Gesagten (vorangehende E. 7) erhebliche Mühe in der Beurteilung, ob sich seit der Rentenzusprache im Jahr 2006 eine gesundheitliche Verbesserung eingestellt hatte. Namentlich hielt der Psychiater K. _____ im Teilgutachten der medizinischen Gutachterstelle H. _____ vom 21. Februar 2011 fest, er könne nicht beurteilen, "ob und wenn ja wie stark eine Veränderung seit 2007 stattgefunden haben könnte". Zum einen sei der von Dr. med. F. _____ im Jahr 2004 erhobene Psychostatus für einen Vergleich auf der Symptomebene zu knapp. Zum andern habe sich Dr. med. F. _____ im Jahr 2007 nicht auf einen Schweregrad festgelegt. Hausarzt Dr. med. B. _____ konnte bis April 2007 "überhaupt keine Veränderung" feststellen (Bericht vom 17. April 2007). Ob die Antwort des Dr. med. I. _____ vom 28. Juni 2011, eine Besserung des psychischen Leidens sei "wahrscheinlicher", mangels fachlicher Spezialisierung dieses Arztes im psychiatrischen Bereich unbeachtlich ist, kann offen bleiben. Immerhin darf aus der vom Befund des Dr. med. C. _____ (mittelgradige depressive Episode [ICD-10 F32.1], nebst einer Somatisierungsstörung [ICD-10 F45.0]) abweichenden diagnostischen Einordnung des Psychiaters K. _____ (leichte depressive Episode ohne somatisches Syndrom; ICD-0 F32.0) allein nicht auf eine erhebliche gesundheitliche Veränderung geschlossen werden (z.B. Urteil 8C_29/2014 vom 25. Juni 2014 E. 3.3). Im Übrigen ging Dr. med. I. _____ abschliessend von einem im Vergleich zu September 2008 "in etwa" identischen Gesundheitszustand aus. Die RAD-Ärztin teilte am 7. Juli 2011 diese Einschätzung.

E. 9.2

Auch den sonstigen Akten lässt sich nicht entnehmen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit sich seit Juni 2006 verbessert und überwiegend wahrscheinlich (die blossе Möglichkeit einer tatsächlichen Verbesserung genügt nicht; Urteile 9C_631/2012 vom 7. Dezember 2012, 8C_959/2012 vom 3. April 2013 E. 2.4 und 8C_373/2012 vom 25. Oktober 2012 E. 5.1) zu einer Steigerung der verwertbaren Leistungsfähigkeit geführt haben könnten. Insbesondere fehlen sowohl klinische Feststellungen als auch gutachterliche Verhaltensbeobachtungen, die eine derartige substanzielle Veränderung zu plausibilisieren vermöchten. Die Versicherte präsentierte sich sowohl anlässlich der Begutachtung bei Dr. med. F. _____ als auch in der Exploration durch Dr. med. K. _____ in ähnlichem Zustand, brach häufig in Tränen aus und schilderte einen in etwa gleich gebliebenen Tagesablauf (sie verbringe den Tag, abgesehen von auswärtigen Therapieterminen, im Wesentlichen [allein] zu Hause, könne nur leichte Hausarbeiten verrichten und benötige ansonsten die Hilfe ihrer Familie). Auch auf eine Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung, welche revisionsrechtlich erheblich sein kann, soweit sie zu einer Veränderung der gesundheitlichen Auswirkungen auf den Arbeits- oder Aufgabenbereich führt (z.B. Urteil 8C_7/2014 vom 10. Juli 2014 E. 4.2.1 mit Hinweis), fehlen jegliche Anhaltspunkte. Dass psychische Störungen leichter bis höchstens mittelschwerer Art als therapeutisch angebar gelten (bereits zitiertes Urteil

9C_418/2010 E. 5.3.4), fällt hier ebenfalls nicht ins Gewicht, nachdem seit Jahren unterschiedliche Therapieansätze verfolgt wurden, ohne dass sich - trotz guter Kooperation im Bereich der körperlichen Aktivitäten (vorangehende E. 7) - eine relevante Verbesserung eingestellt hätte, und die Unverträglichkeit gegenüber verschiedenen Medikamenten ärztlicherseits nie in Frage gestellt worden war.

E. 9.3

Zusammenfassend ist eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit von 30 % auf (schätzungsweise) 80 % zwischen 28. Juni 2006 und 26. Februar 2013 beweismässig nicht ausreichend abgestützt. Fehlt es an einer überwiegend wahrscheinlichen anspruchserheblichen Änderung des Sachverhalts, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand. Die vorinstanzliche Schlussfolgerung, eine revisionsbegründende Verbesserung des Gesundheitszustandes sei ausgewiesen, verletzt Bundesrecht.

E. 9.4

Die Voraussetzungen einer Wiedererwägung (Art. 53 Abs. 2 ATSG ; vgl. hiezu Urteil 9C_121/2014 vom 3. September 2014 E. 3.2.2, in: SVR 2014 IV Nr. 39 S. 137) sind ebenfalls nicht erfüllt. Die seinerzeitige Zusprechung einer ganzen Invalidenrente kann nicht als offensichtlich unrichtig bezeichnet werden. Es bleibt somit beim bisherigen Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin.

E. 10

Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die Gerichtskosten der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen (Art. 66 Abs. 1 BGG). Der obsiegenden, anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin steht eine Parteientschädigung zu (Art. 68 Abs. 1 BGG).

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