

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 Funktionsfalle (BGE 136 V 279) sowie bei nicht organischer Hypersomnie (BGE 137 V 64 E. 4.1 und 4.2 mit Hinweisen) analog angewendet.

1.3 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).

1.4 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezüglerin oder eines Rentenbezügers 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 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; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

1.5 Das Gericht kann eine zu Unrecht ergangene Revisionsverfügung gegebenenfalls mit der substituierten Begründung schätzen, dass die ursprüngliche Rentenverfügung zweifellos unrichtig und die Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (BGE 125 V 368 E. 2 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 128 V 272 E. 5b/bb; Urteil des Bundesgerichts 9C_562/2008 vom 3. November 2008 E. 2.2 mit Hinweis).

1.6 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 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskunft 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).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze 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 prafend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszurumende 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.; zum Beweiswert von Expertisen der MEDAS das in BGE 137 V 210 publizierte Grundsatzurteil 9C_243/2010 vom 28. Juni 2011).

E. 2

2.1 Streitig und zu beurteilen ist die revisionsweise Aufhebung der bisherigen ganzen Rente.

2.2 Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Aufhebungsverfügung damit, dass gemäss dem Gutachten der Dres. A.____ und B.____ vom 12. März 2010 weder aus rheumatologischer noch aus psychiatrischer Sicht Diagnosen mit dauerhaftem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beständen und dass der Beschwerdeführer in sämtliche ihrem Alter und Bildungsniveau entsprechenden Tätigkeiten, einschliesslich die zuletzt ausgeübte, voll zumutbar seien (Urk. 2). In der Vernehmlassung wies die Beschwerdegegnerin in medizinischer Hinsicht besonders auf den zwischenzeitlichen Wegfall der früher gestellten Diagnose der depressiven Störung hin. Allenfalls sei in Bestätigung der angefochtenen Verfügung wiedererwägungsweise zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin sowohl aus

rheumatologischer als auch orthopädischer Sicht weder anlässlich der erstmaligen Rentenzusprache noch auch bei späteren

Revisionen jemals längerfristig für arbeitsunfähig beurteilt worden sei (substituierte Begründung, Urk. 7).

2.3 Die Beschwerdeführerin beantragt die Aufhebung der rentenaufhebenden Verfügung. Sie macht insbesondere geltend, dass keine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten sei, wobei sie unter anderem auf die Stellungnahme ihres Hausarztes, Dr. Z., vom 30. August 2010 (Urk. 3) verweist (Urk. 1).

2.4 Die Beschwerdegegnerin hat eine Veränderung des Sachverhalts bejaht, jedoch die Zumutbarkeit der Selbsteingliederung der über 55-jährigen Beschwerdeführerin in den Arbeitsmarkt nach langjährig ausgerichteter Invalidenrente nicht geprüft (vgl. zum Ganzen etwa SZS 04/2012 vom 16.8.2012). Vorliegend kann jedoch auf Rückweisung an die Beschwerdegegnerin zwecks diesbezüglicher Abklärungen verzichtet werden, da eine anspruchserhebliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist.

3. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung ist vorliegend die - auf dem psychiatrischen Gutachten von Dr. Y. vom 29. Dezember 1999 (Urk. 10/63) basierende - Zusprache einer unbefristeten Rente über den 1. August 1995 hinaus (Urk. 8/66/27, vgl. Feststellungsblatt vom 21. Januar 2000 [Urk. 8/64]). Denn die darauffolgenden Rentenbestätigungen beruhten nicht auf einer umfassenden Sachverhaltsabklärung inklusive psychiatrischer Beurteilung, sondern einzig auf knappen Auskünften von Hausarzt Dr. Z.. Laut Beurteilung von Dr. Y. von 1999 wurden seinerzeit folgende Diagnosen erhoben (Urk. 8/63/8):

- anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)
- leichte bis mittelschwere depressive Anpassungs-/Verarbeitungsstörung (ICD-10 F43.21)
- persistierende Rückenschmerzen im thorakolumbalen Übergang bei
- Status nach Kompressionsfraktur Th 12 1994

Daraus resultierte - aufgrund der psychiatrischen Problematik - eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/63/8).

E. 4

4.1 In medizinischer Hinsicht stützte sich die Beschwerdegegnerin bei ihrer Annahme, dass bei der Beschwerdeführerin kein dauerhafter relevanter Gesundheitsschaden mehr vorliege und sie in ihrer bisherigen Tätigkeit wie auch für angepasste Tätigkeiten voll arbeitsfähig sei, auf das Gutachten der Dres. A. und B., welches der versicherungsinterne Regionale Ärztliche Dienst (RAD) als für die Anspruchsbeurteilung zuverlässig beurteilt hat (Stellungnahme von RAD Arzt Dr. med. D., Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, vom 8. Juli 2010 [Urk. 8/112/3-4]).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In dem auf medizinischen Vorakten sowie eigenen Untersuchungen vom 15. und 18. Februar 2010 beruhenden interdisziplinären (psychiatrisch-rheumatologischen) Gutachten verneinten die Dres. A.____ und B.____ Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/100/7). Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie:

- anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)
- ausgedehnte chronische Schmerzen
- Adipositas Grad I (34.7 kg/m²) mit
- Gewichtsanstieg von 20 kg seit 07/1996, damals 66 kg (BMI: 26.4 kg/m²)
- Hypothyreose (ED 12/2008 mit adäquater Substitution)
- Hypercholesterinämie (5.8 mmol/l)
- leichter Vitamin-D-Mangel (51 nmol/l)
- Morbus Scheuermann (CT 02/2010) mit
- einem Schmorl'schen Knoten in der Bodenplatte BWK 12 mit leichter keilförmiger Impressionsfraktur der Deckplatte BWK 12, möglicherweise durch den Unfall vom 30.01.1994
- Status nach Ermüdungsfraktur der distalen Tibia links und der lateralen Talusrolle links (ED 10/2008) mit
- vollständiger Ausheilung mit einer adäquaten Therapie bis 03/2009
- diskrete mediale Gonarthrose rechts mehr als links (Röntgen 02/2010)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Teilgutachterin Dr. B.____ hielt in ihrem internistisch-rheumatologischen Teilgutachten vom 9. März 2010 fest, dass die Beschwerdeführerin am 30. Januar 1994 auf einer Treppe gestürzt sei. In der Röntgenuntersuchung 01/1994 habe sich eine leichte keilförmige Impressionsfraktur der Deckplatte BWK 12 gefunden, bei vorbestehendem Schmorl'schen Knoten in der Bodenplatte BWK 12 im Rahmen des Morbus Scheuermann. Die BWK-12-Fraktur sei seit Jahren ausgeheilt (Urk. 8/107/41). Insgesamt könne die Beschwerdeführerin sämtliche Tätigkeiten

ausüben, einschliesslich die angestammte Tätigkeit in einer Werkstatt. Aus rheumatologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin nie langfristig arbeitsunfähig gewesen (Urk. 8/107/42).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der psychiatrische Teilgutachter Dr. A.____ hielt in seinem Teilgutachten fest (Ä psychiatrische Beurteilung und Prognose [Urk. 8/100/5-6 Ziff. 6]), die Beschwerdeführerin leide seit 1994 unter chronifizierten Rückenschmerzen, welche nicht vollständig mit den somatischen Befunden erklärbar seien. Bei der Beschwerdeführerin seien aber eindeutige tiefe unbewusste und auch zum Teil bewusste emotionale Konflikte beziehungsweise seelische Schmerzen nach der Heirat der Tochter 1998 festzustellen, was zur Entwicklung einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung geführt habe. Die gleiche Diagnose sei der Beschwerdeführerin anlässlich der psychiatrischen Begutachtung von Dr. Y.____ im November 1999 gestellt worden. Aufgrund dieser Diagnose sowie wegen leichter depressiver

Anpassungsproblematik sei ihr eine volle Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht attestiert worden. Es seien aber in der Zwischenzeit vom Bundesgericht Kriterien für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung bestimmt worden, welche bei der Beschwerdeführerin weitgehend nicht erfüllt seien: Bei der Beschwerdeführerin sei keine schwerwiegende psychiatrische Komorbidität und keine chronische körperliche Begleiterkrankung festzustellen. Auch bestehe kein ausgewiesener sozialer Rückzug oder primärer Krankheitsgewinn; schliesslich seien die therapeutischen psychiatrischen Massnahmen nie durchgeführt worden. Damit könne der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit mehr attestiert werden. In seiner Stellungnahme zu früheren ärztlichen Einschätzungen erklärte Dr. A. (Ziff. 8.6), die früheren ärztlichen Einschätzungen seien plausibel. Es könne (weiterhin) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung bestätigt werden, wogegen eine depressive Anpassungsstörung nicht mehr vorhanden sei.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In ihrer interdisziplinären Zusammenfassung und Beurteilung (Urk. 8/100/7-9) gaben die Gutachter Dres. A. und B. eine volle Arbeitsfähigkeit in bisheriger und angepasster Tätigkeit an (Ziff. 9.2.1 und 9.2.3). Zum Beginn der Arbeitsunfähigkeit äusserten sich die Gutachter dahingehend, dass die Beschwerdeführerin weder aus rheumatologischer noch aus psychiatrischer Sicht über längere Zeit arbeitsunfähig gewesen sei (Ziff. 9.2.2). Die Gutachter erklärten sodann, der Zustand der Beschwerdeführerin sei aus psychiatrischer Sicht seit 1999 unverändert. Nach dem Bundesgerichtsurteil I 683/03 sei die Beschwerdeführerin aber sozialmedizinisch nicht mehr arbeitsunfähig, obwohl die gleiche Diagnose wie 1999 gestellt werden könne. Die Beschwerdeführerin sei seitdem aus psychiatrischer Sicht sowohl angestammt als auch adaptiert voll arbeitsfähig (Ziff. 9.4). Zu den früheren ärztlichen Einschätzungen erklärten die Gutachter (Ziff. 9.6), dass die Beschwerdeführerin bisher noch nie von einem Rheumatologen oder Orthopäden als langfristig arbeitsunfähig beurteilt worden sei. So habe der SUVA-Kreisarzt Dr. E. die Beschwerdeführerin ab Ende April 1995 als zu 100 % arbeitsfähig betrachtet. Auch Dr. F., Chefarzt Rheumatologie des Stadtpitals G., habe die Beschwerdeführerin in seinem Gutachten zu Händen der SUVA vom 1. Dezember 1995 als voll arbeitsfähig eingeschätzt, ebenso Dr. H., Orthopädie Universitätsklinik N., der am 5. Dezember 1996 eine volle Arbeitsfähigkeit aus orthopädischer Sicht angegeben habe. Am 1. Juli 2007 habe der Rheumatologe Dr. I. mitgeteilt, dass die Beschwerdeführerin seit zehn Jahren an gelegentlichen Kreuzschmerzen leide; er habe offensichtlich keinen wesentlichen Befund im Wirbelsäulenbereich feststellen können. Diese ärztlichen Einschätzungen seien plausibel, daher könne eine somatoforme Schmerzstörung bestätigt werden. Eine depressive Anpassungsstörung sei nicht mehr vorhanden.

4.2 Ä Ä Ä Ä Am 30. August 2010 nahm der behandelnde Hausarzt Dr. Z. zum Rentenaufhebungsentscheid der Beschwerdegegnerin Stellung. Er hielt chronische thorakovertebrale Schmerzen nach Infraktion von Th 12 1994 und eine schmerzhafte Gonarthrose beidseits, ferner eine Periarthropathie im Bereich der rechten Schulter und des rechten Ellbogens sowie eine Cholelithiasis mit Status nach Cholezystitis 2010 fest. Auch eine Osteoporose sei diagnostiziert worden, dies nachdem es zu einer Ermüdungsfraktur in der distalen Tibia in der Talusrolle lateral gekommen sei. Als Hausarzt habe er der

Beschwerdeführerin seit 1994 eine Arbeitsunfähigkeit besttigt, was von der Invalidenversicherung bisher akzeptiert worden sei (Urk. 3).

E. 5

5.1 Die Expertise der Dres. A. und B. vom 12. März 2010 erfüllt grundsätzlich die von der Rechtsprechung an medizinische Berichte und Gutachten gestellten Anforderungen (vgl. E. 1.6 hiervor), jedoch ist - entgegen dem Vorbringen der Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 7) - keine anspruchserhebliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen anzunehmen. Zwar stellte der psychiatrische Gutachter Dr. A. fest, dass eine depressive Anpassungsstörung nicht mehr vorhanden sei (vgl. Urk. 8/100/7 Ziff. 8.6), und es wurde in der rheumatologischen Beurteilung eine ausgeheilte BWK-12-Fraktur angegeben (Urk. 8/107/41), doch hatte vor allem die psychiatrische Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung im psychiatrischen Gutachten von Dr. Y. zur Zusprache der unbefristeten ganzen Invalidenrente geführt, welche gemäss Dr. Y. das Krankheitsbild beherrscht habe (vgl. Urk. 8/63/8). Dagegen war die von Gutachter Dr. Y. ebenfalls angegebene massige depressive Symptomatologie (vgl. Urk. 8/63/8 Mitte), welche die Beschwerdeführerin selbst nicht wahrgenommen habe (vgl. psychiatrisches Gutachten von Dr. A. [Urk. 8/100/5-6]), bei der Rentenzusprache nur von untergeordneter Bedeutung gewesen, weshalb die von Dr. A. angegebene Verbesserung in Bezug auf die - eben nicht massgebende - depressive Anpassungsstörung nicht von Bedeutung ist. Gleiches gilt in Bezug auf eine etwaige Verbesserung allfälliger physischer Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin (vgl. dazu auch die früheren Stellungnahmen zur physisch bedingten Arbeits(un)fähigkeit von SUVA-Kreisarzt Dr. E., Spezialarzt FMH für Chirurgie, der eine volle Arbeitsfähigkeit ab April/Mai 1995 angegeben hatte [Urk. 8/18/35, 37] und von den Dres. J. und F., Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation, Stadtpital G., welche die Beschwerdeführerin in ihrem Gutachten zu Händen der SUVA aus rheumatologischer Sicht in ihrer beruflichen Tätigkeit als voll arbeitsfähig betrachtet hatten [Urk. 8/18/28]).

Die eine revisionsrechtlich relevante Verbesserung des Gesundheitszustandes mit einer - gemäss den Gutachtern Dres. A. und B. - deutlich höheren Leistungsfähigkeit von neu 100 statt 0 % ist somit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen. Vielmehr handelt es sich bei der Expertise der Dres. A. und B. vom 12. März 2010 um eine unterschiedliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit beim im Wesentlichen unverändert gebliebenem Gesundheitsschaden. Letztere stellt jedoch keinen Revisionsgrund dar (vgl. E. 1.4 hiervor). Soweit die Gutachter Dres. A. und B. auf die Präzisierung beziehungsweise Fortentwicklung der Rechtsprechung zur somatoformen Schmerzstörung verweisen, ist darauf hinzuweisen, dass auch die (mit BGE 130 V 352 begründete) neue Rechtsprechung rechtsprechungsgemäss keinen Grund für die Herabsetzung oder Aufhebung einer laufenden Rente bildet (vgl. BGE 135 V 201).

5.2 Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts wie hier nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (vgl. SVR 2010 IV Nr. 30 S. 94; Bundesgerichtsurteil 9C_701/2011 vom 3. Februar 2012 E. 2.1 mit Hinweis auf 9C_961/2008 E. 6.3), dies umso mehr, als sich die ursprüngliche Rentenzusprache angesichts der damaligen Aktenlage (vgl. E. 3 hiervor) nicht als zweifellos unrichtig erweist

(vgl. E. 1.5 hiervor, siehe auch Urteil des Bundesgerichts 8C_1013/2010 vom 19. August 2011 E. 3.4).

E. 6

6.1 Die in Anwendung von Art. 69 Abs. 1 bis IVG auszufällende Gerichtskostenpauschale ist auf Fr. 700.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

6.2 Die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung bemisst sich nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert (§ 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer] in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG). Es ist der Beschwerdeführerin demnach eine Prozessentschädigung von Fr. 2'600.-- zuzusprechen.

Das Gericht erkennt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfallung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 27. Juni 2011 aufgehoben, und es wird festgestellt, dass die Beschwerdeführerin weiterhin Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung hat.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- 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. 2'600.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Jost C. Spälti
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen
- Columna Sammelstiftung Group Invest, Winterthur (Vertrag Nr. 663.53.637)

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

Vertreter 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.