

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00062 vom 6. Oktober 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-10-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00062

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00062 du 6 octobre 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00062 del 6 ottobre 2021

Erwägungen

E. 1

Ziff. 5.4) . Unter Hinweis auf eine Epicondylitis

humeri

ulnaris (Tennis arm) rechts meldete sie sich am 13. März 2018 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 6/1

Ziff. 6.1). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab und zog die Akten des Krankentaggeldversicherers bei (Urk. 6/2-3, Urk. 6/12, Urk. 6/19, Urk. 6/22) . Am

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.3

Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung (BGE 125 V 413 E. 2d; Urteil des Bundesgerichts 8C_780/2007 vom 27. August 2008 E. 2.3; vgl. Meyer/ Reichmuth , Bundesgesetz über die

Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 11 zu Art. 30–31). Rechtsprechungsgemäss bildet eine solche Verfügung insgesamt den Anfechtungs- und Streitgegenstand und unterliegt integral der gerichtlichen Prüfung, selbst wenn nur einzelne Punkte davon bestritten sind (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.2, 125 V 413 E. 2d; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_440/2017 vom 25. Juni 2018 E. 5.1 [in BGE 144 V 153 nicht publiziert] und 9C_50/2011 vom 25. Mai 2011 E. 2.1).

Spricht die Verwaltung der versicherten Person eine abgestufte oder befristete Rente zu und wird beschwerdeweise einzig die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, hat dies nicht eine Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge, dass die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert blieben. Die gerichtliche Prüfung hat vielmehr den Rentenanspruch für den gesamten verfügbaren Zeitraum und damit sowohl die Zusprechung als auch die Abstufung oder Aufhebung der Rente zu erfassen (BGE 131 V 164 E. 2.2, 125 V 413 E. 2d; Urteile des Bundesgerichts 8C_765/2007 vom 11. Juli 2008 E. 2 und I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3 mit Hinweisen). Dabei ist in anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht irrelevant, ob eine rückwirkende Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente in einer oder in mehreren Verfügungen gleichen Datums eröffnet wird (BGE 131 V 164 Regeste; Urteil des Bundesgerichts 8C_489/2009 vom 23. Oktober 2009 E. 4.1 mit Hinweis).

E. 1.4

Nach der Rechtsprechung sind bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen (Art. 17 ATSG in Verbindung mit Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV) analog anzuwenden (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C_122/2020 vom 26. Februar 2021 E. 2). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten und damit der für die Abstufung oder Befristung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt des Rentenbeginns mit demjenigen im – nach Massgabe des analog anwendbaren Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzenden – Zeitpunkt der Anspruchsänderung (vgl. BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen; vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 8C_375/2017 vom 25. August 2017 E. 2.2 und 8C_350/2013 vom 5. Juli 2013 E. 2.2 mit Hinweis).

E. 1.5

Ändert sich der Invaliditätsgrad 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 seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich

gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang viel mehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C_135/2021 vom 27. April 2021 E. 2.1 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.3, je mit Hinweisen).

E. 1.6

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxismässigen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1 mit Hinweisen).

E. 1.7

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 2.

E. 2

7. Mai 2021 (Urk. 17) verzichtete die Beschwerdegegnerin auf das Einreichen einer Duplik, was der Beschwerdeführerin am 1. Juni 2021 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 12). Am 2. Juli 2021 (Urk. 15) reichte die Beschwerdeführerin aufforderungsgemäss (Urk. 13) Arztberichte (Urk. 16/1-5) ein, welche der Beschwerdegegnerin am 20. Juli 2021 zugestellt wurden (Urk. 17). Am 1. September 2021 (Urk. 18) reichte die Beschwerdeführerin einen weiteren Arztbericht (Urk. 19) ein. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, dass die gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin seit 6. Oktober 2017 bestünden. Aus medizinischer Sicht sei ihr die bisherige Tätigkeit als Reinigerin nicht mehr zumutbar. Gemäss Beurteilung durch den Regionalen Ärztlichen Dienst sei ihr bei Ablauf der Wartezeit im Oktober 2018 eine angepasste Tätigkeit noch zu 35 % möglich gewesen. Das Belastungsprofil beinhalte Tätigkeiten ohne stärkere Belastung beider Arme, vor allem aber des rechten Arms (Gebrauchsarm), speziell ohne die Notwendigkeit, mit beiden

Händen fest zuzu greifen oder Gegenstände festzuhalten , und ohne besondere Anforderungen an die Feinmotorik (S. 5). Aus dem Einkommensvergleich

resultiere ein Invaliditäts grad von 61 % und damit ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente . Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich im weiteren Verlauf soweit verbessert, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit seit April 2020 eine 90%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit bestehe. Eine Erwerbsbeeinträchtigung könne daher nicht mehr geltend gemacht werden, weshalb drei Monate nach der Verbesserung des Gesundheitszustands kein Rentenanspruch mehr bestehe (S. 6). Mit Beschwerdeantwort vom

3. März 2021

(Urk. 5) führte die Beschwerdegegnerin aus , RAD-Arzt Dr. Z.____ habe sich in seiner abschliessenden Stellungnahme vom 15. Mai 2020 auf die Berichte der Ärzte der Klinik A.____ vom 13. Februar 2020, 3. April 2020 und 14. April 2020 gestützt. Daraus gehe insbesondere hervor, dass die Beschwerdeführerin durch Taping , schmerzdistanzierende Medikation, Dehnung und eine Handgelenks-Nachtschiene eine Schmerzlinderung von ungefähr 70 % habe erreichen können. Der RAD-Arzt schliesse daraus, dass sie seit Mitte April 2020 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu 90 % in einer angepassten Tätigkeit arbeitsfähig sei. Zudem definiere er in der Stellungnahme vom 15. Mai 2020 eine auf den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin optimal angepasste Tätigkeit. Damit sei eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit ausgewiesen, sodass ab 30. Juni 2020 die Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin genug hoch sei, um ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (S. 2).

E. 2.2

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin im Wesentlichen geltend (Urk. 1), sie sei mit der Anpassung der Arbeitsfähigkeit nicht einverstanden. Auch ihr Hausarzt sei der Meinung, dass die neue Einschätzung nicht korrekt sei. Mit Replik vom 16. April 2021 (Urk. 9) bestritt sie insbesondere die Aussage , sie habe durch ein selbstappliziertes Taping eine Schmerzlinderung von 70 % erreichen können. Es sei unzulässig,

eine skalierende Wertung betreffend Schmerzlinderung bei einer Person, die nicht über ausreichende Deutschkenntnisse verfüge, per Telefon abzufragen . Zudem sei nie von einer Schmerzlinderung von 70 % gesprochen worden. Überdies wäre es selbst bei ausreichenden Deutschkenntnissen unmöglich, sich auf diesen Wert festzulegen. Der Effekt der Selbstapplikation von Tapes sei bei medizinischen Laien fraglich. Nicht korrekt in Stärke und Richtung applizierte Tapes würden selbst bei Profis ihre Wirkung nur in unzureichendem Masse entfalten. Auch die Aussage des Ehemanns, er sei sehr zufrieden mit dem Prozedere und der Behandlung , werde bestritten. Aufgrund der Unzufriedenheit sei nachweislich der Behandler gewechselt worden. Lediglich gestützt auf einen Bericht über eine physische Konsultation sowie zwei Telefonkonsultationen werde der Schluss gezogen, dass es nach einem Leidensweg von Monaten innerhalb von zwei Monaten aufgrund einer Selbstbehandlung mit Taping zu einer signifikanten Schmerzlinderung gekommen sei. Die weitere Korrespondenz der Behandlungen durch PD Dr. B.____ zeige zudem auf, dass die Aussagen hinsichtlich der Telefonkonsultationen unwahr und nichtig seien. Bis dato sei es zu keiner Befundänderung gekommen. Im Alltag seien die Beschwerden stark störend und invalidisierend (S. 1). 2 .3

Streitig und zu prüfen ist die Befristung der Dreiviertelrente bis Ende Juni 2020 und damit die Frage, ob ab April 2020 eine anspruchrelevante Verbesserung eingetreten ist (vgl. vorstehend E. 1.5) . 3. 3.1

Dr. med. C.____, Facharzt für Chirurgie und für Handchirurgie, nannte in seinem Bericht vom 12. Februar 2018 (Urk. 6/2/7 = Urk. 6/12/2 = Urk. 6/26/17) die folgenden Diagnosen: - Epikondylitis

humeri

ulnaris et radialis rechts - Ansatzentzündung Trizeps rechts Die Magnetresonanztomografie (vgl. MRI des Ellbogens rechts vom 16. Januar 2018;

Urk. 6/2/8 = Urk. 6/12/3) zeige eine aktive Epikondylitis

humeri

ulnaris bei momentan relativ ruhiger Situation radial sowie leichter inflammatorischer Reizung der dorsalen humeroulnaren Kapsel im Ansatzbereich des Trizepses . Der Nervus

ulnaris sei unauffällig . Bei chronisch-persistierenden Beschwerden sei nicht um die Chirurgie herumzukommen. Hier sei sicherlich der ulnare

Epikondylus rechts als erstes für die Intervention indiziert. Die postoperative Rehabilitation würde zirka 3 Monate in Anspruch nehmen. Im Bericht vom 1. November 2018 (Urk. 6/25/9 = Urk. 6/26/12) führte Dr. C.____ aus, dass die Symptomatik der Epikondylen am rechten Ellbogen auf hohem Niveau persistent bleibe. Die Zweitmeinungsbeurteilung habe jedoch keine Indikation zur operativen Intervention gezeigt. Ob erneut infiltriert werden solle oder im weiteren Verlauf trotzdem vor allem ulnar ein operatives Vorgehen angezeigt sei, werde sich zeigen. 3.2

Dr. med. D.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, berichtete am 2. November 2018 über das von der Krankentaggeldversicherung in Auftrag gegebene Konsilium (Urk. 6/19/2-7) , und stellte die folgende Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 3 Ziff. 3): - chronifiziertes ausgedehntes myofasziales Schmerzsyndrom des Ober- und Unterarms rechts, bei: - initial medialer und lateraler Epikondylopathie - MRI-dokumentierter, betont medialer Epikondylitis mit ödematöser Reizung am Ansatz der Flexorsehne , entzündlicher Reizung auch der Kapsel humeroulnar Korrelierend zu den Angaben und dem Verlauf finde er ausgedehnte myofasziale Befunde mit einer medialen und lateralen Epikondylopathie . Zurzeit sei kaum eine rasche Besserung zu erwarten , entsprechend sei eine Intensivierung der Behandlung notwendig. Je chronifizierter der Verlauf sei und je ausgedehnter die myofaszialen Veränderungen seien, desto kritischer werde die Prognose. Das MRI dokumentiere die entzündlichen Irritationen und sei ohne strukturell pathologische Veränderung im Sinne eines vorbestehenden Zustands. Das Schmerzverhalten sei adäquat, die Befunde würden mit der subjektiv geschilderten Limitierung korrelieren (S. 4 Ziff. 4). Zum jetzigen Zeitpunkt sei die Versicherte in der angestammten, armbelastenden Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig . Da sie schon bei kleinsten mechanischen Belastungen verstärkt Schmerzen habe, seien auch leichtere feinmotorischere Tätigkeiten zurzeit nicht zumutbar. Zum jetzigen Zeitpunkt seien keine Tätigkeiten zumutbar. Er gehe aber davon aus, dass unter Intensivierung der Therapie für eine armschonendere Tätigkeit durchaus wiederum eine volle Arbeitsfähigkeit erreichbar sein werde (S. 4 Ziff. 5-6). 3.3

Im Bericht vom 5. Februar 2019 (Urk. 6/22/6-7 = Urk. 6/26/8-9) nannte Dr. C.____

(vorstehend E. 3.1) die folgenden Diagnosen (S. 1): - chronisch persistierende Epikondylitis

humeri

ulnaris et radialis rechts - Ansatz tendinose Trizeps rechts - beginnende Tendovaginitis stenosans A1-Ringband Dig I und III rechts Die Situation habe sich kaum verändert. Kaum führe die Patientin höhere Belastungen aus, komme es zu einer aufflammenden Schmerzhaftigkeit des ulnaren

Epikondylus , radial etwas weniger ausgeprägt , sowie zu Sehnenscheidenschmerzen über dem palmaren MP-Gelenk Dig I und III rechts . Aufgrund der Gesamtsituation werde die konservativ-therapeutische Behandlung weitergeführt. Zusätzlich solle auch die antientzündliche Behandlung an den Strahlen I und III rechts begonnen werden. Ob im weiteren Verlauf je chirurgisch vorgegangen werden müsse, werde sich zeigen (S. 1). 3.4

Dr. med. Z.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), nahm am 25. März 2019 Stellung zum medizinischen Sachverhalt (Urk. 6/47 S. 4-5). Bei der Versicherten bestehe ein offensichtlich bereits chronifiziertes Schmerzsyndrom am rechten Ellenbogen. Diese Diagnose könne medizinisch-theoretisch durchaus eine längere Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit und damit der Arbeitsfähigkeit begründen. Dieser Gesundheitsschaden sei derzeit noch nicht endgültig stabil (S. 4). Angesichts des weiterhin instabilen Gesundheitszustands sei im Moment keine abschliessende versicherungsmedizinische Beurteilung möglich (S. 5). 3.5

Mit Bericht vom 13. Juni 2019 (Urk. 6/25/7) stellte Dr. C.____ (vorstehend E.

3.1) die folgenden Diagnosen - chronisch persistierende Epikondylitis

humeri

ulnaris et radialis rechts - Ansatz tendinose

Trizeps rechts - beginnende Tendovaginitis stenosans A1-Ringband Dig I und III rechts - beginnende Epikondylitis

humeri

ulnaris links Die Situation sei abgesehen von Beschwerden über dem ulnaren

Epikondylus linksseitig praktisch unverändert. 3.6

In seiner Stellungnahme vom 3. Juli 2019 (Urk. 6/47 S. 6-7) äusserte sich RAD-Arzt Dr. Z.____ (vorstehend E. 3.4) dahingehend, dass sich seit seiner letzten Stellungnahme vom März 2019 (vorstehend E. 3.4) nichts Wesentliches geändert habe, ausser dass nun offenbar eine ähnliche Symptomatik auch auf der (dominanten) linken Seite beginne. Im Prinzip sei die konservative, therapeutische Palette mehr oder weniger ausgeschöpft. Gemäss dem Bericht von Dr. C.____ vom November 2018 (vgl. vorstehend E. 3.1) habe auch eine Zweitmeinungsbeurteilung keine Indikation für eine operative Intervention ergeben. Seit Oktober 2017 bestehe unverändert eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Reinigungskraft für Flugzeugkabinen (S. 6). Es bedürfe einer weiteren medizinischen Abklärung in Form einer interdisziplinären , orthopädisch-psychiatrischen

RAD-Untersuchung (S. 7). 3.7

In der Stellungnahme vom 2. Oktober 2019 über die bidisziplinäre , orthopädisch-psychiatrische RAD-Untersuchung vom 1. Oktober 2019 (vgl. psychiatrischer und orthopädischer Untersuchungsbericht vom 3. Oktober 2019; Urk. 6/29-30) nannten RA D-Arzt Dr. Z.____

und RAD-Ärztin Dr. med. E.____ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, die folgenden Diagnosen (S. 7): - chronische, therapierefraktäre, radiale und ulnare

Epicondylopathie und Unterarmschmerzen beidseits, rechts (dominant) wesentlich stärker als links - DD (Differentialdiagnose): Pronator

teres -Syndrom - DD: atypische radikuläre Symptomatik Auf psychiatrischem Fachgebiet sei keine krankheitsbedingte Störung festgestellt worden. Es sei zwar laut den vorliegenden medizinischen Berichten im Hinblick auf eine Epikondylopathie eine vollständige Diagnostik erfolgt, unter Berücksichtigung der subjektiven Angaben zu den Beschwerden und dem Schmerzcharakter einerseits und der klinischen Befunde im Bereich der HWS (Halswirbelsäule), des Schultergürtels und des gesamten Arms andererseits bestünden jedoch deutliche Hinweise auf eine möglicherweise neurogene Ursache der Beschwerden, lokalisiert peripher im Bereich des Ellenbogengelenks, Unterarms oder Handgelenks, eventuell aber auch zentral im Bereich der HWS. Diesbezüglich sei bisher noch keine Diagnostik erfolgt, so dass aus versicherungsmedizinischer Sicht zunächst von einem instabilen Gesundheitszustand auszugehen sei .

Bei der Versicherten sei anhand der vorliegenden medizinischen Berichterstattung und der körperlichen Untersuchung aus orthopädischer Sicht ein somatischer Gesundheitsschaden ausgewiesen, der die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe weder ein Gesundheitsschaden noch eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 7). In der bisherigen Tätigkeit als Flugzeug-Reinigerin bestehe seit 6. Oktober 2017 durchgehend und vorerst bis auf Weiteres keine Arbeitsfähigkeit. Nachdem es sich derzeit um einen instabilen Gesundheitszustand handle, könne medizinisch theoretisch allerdings durchaus später - nach erweiterter Diagnostik und gegebenenfalls Therapie - diesbezüglich wieder eine Arbeitsfähigkeit eintreten. In einer optimal angepassten Tätigkeit, ohne jede körperliche Belastung, speziell ohne die Notwendigkeit, mit beiden Händen fest zuzugreifen oder Gegenstände festzuhalten, ohne besondere Anforderungen an die Feinmotorik, also im Grunde genommen in einer vorwiegend überwachenden Funktion , wäre zum gegenwärtigen Zeitpunkt überwiegend wahrscheinlich eine Teilarbeitsfähigkeit von etwa 30-40 % beziehungsweise 2-3 Stunden pro Tag möglich, retrospektiv bereits seit spätestens Oktober 2018, überwiegend wahrscheinlich aber schon von Anfang an (S. 7 f.). 3.8

Am 10. Oktober 2019 fand eine neurologische Abklärung durch Dr. med. F.____ , Fachärztin für Neurologie, statt. Im Bericht vom 16. Oktober 2019 (Urk. 6/33) nannte sie die folgende Diagnose (S. 1): - chronische Epicondylitis

humeroradialis und humeroulnaris rechtsbetont - leicht vermehrte Irritabilität des Nervus ulnaris im Sulcus

ulnaris , ENG (Elektroneurographie) keine Ulnarisneuropathie , kein Sulcus

ulnaris -Syndrom Gesamthaft fanden sich klinisch und elektrophysiologisch weder Hinweise auf eine zervikoradikuläre Ursache der Beschwerden noch Hinweise auf ein

Sulcus

ulnaris - oder Carpaltunnelsyndrom. Es bestehe allenfalls eine leicht vermehrte Irritabilität des Nervus

ulnaris rechts im Sulcus

ulnaris . Von neurologischer Seite ergebe sich kein weiterer diagnostischer Handlungsbedarf (S. 2). 3.9

In seiner Stellungnahme vom 3. Februar 2020 (Urk. 8/47 S. 9) nannte RA D-Arzt Dr. Z.____ (vorstehend E. 3.4) die folgende Diagnose: - chronische Epicondylitis

humeri

radialis et ulnaris rechts, mit/bei: - Riss im Bereich des Sehnenansatzes der Flexoren am Epicondylus

humeri

ulnaris

(MRI vom 21. Dezember 2019;

Urk. 6/39/13) - letzte Konsultation am 8. Januar 2020 Es handle sich weiterhin um einen instabilen Gesundheitszustand , wobei sich die für die Arbeitsunfähigkeit verantwortliche Diagnose mittlerweile eindeutig verändert beziehungsweise verschlechtert habe. Die versicherungsmedizinisch-orthopädische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit für eine behinderungsangepasste Tätigkeit habe sich seit der letzten RAD-Stellungnahme (vgl. vorstehend E. 3.7) nicht geändert. 3.10

Die Ärzte der Klinik A.____ , Schulter- und Ellbogenchirurgie, stellten im Bericht vom 13. Februar 2020 über die gleichentags erfolgte Sprechstunde (Urk. 6/42/4-5) die folgende Diagnose (S. 1): - Epicondylitis

humeri

ulnaris , mit/bei: - kleiner Partiaalläsion am muskulotendinösen Übergang im Bereich der Flexoren im Bereich des Epicondylus

humeri

ulnaris

- MRI vom 21. Dezember 2019 Die Patientin komme zur Besprechung des MRI des rechten

Ellbogens vom 21. Dezember 2019 (vgl. Urk. 6/39/13). Die Schmerzen seien mit Physiotherapie, dem Tragen der Handgelenkmanschette und der ayurvedischen Therapie unverändert (S. 1). Es bestehe eine klassische Klinik und Bildgebung für eine Epicondylitis

humeri

ulnaris . Die Physiotherapie solle weitergeführt und die Nachtschiene weitergetragen werden (S. 2). Am 3. April 2020 berichteten die Ärzte der Klinik A.____ , Schulter- und Ellbogenchirurgie, über die gleichentags stattgefundene Telefonkonsultation (Urk. 6/42/3) . Im Rahmen der Telefonsprechstunde aufgrund der Covid-19-Situation sei insbesondere

nochmals die schmerzdistanzierende Wirkung von Saroten sowie das Anbringen des Tapings erklärt worden. Mit dem Ehemann der Patientin sei eine weitere Kontaktaufnahme für den kommenden Montag vereinbart worden. Er sei sehr zufrieden mit dem Prozedere und der Behandlung. Gemäss Bericht über die Telefonkonsultation vom 14. April 2020 (Urk. 6/42/1-2) habe sich Dr. med. G.____, Oberärztin der Schulter- und Ellbogenchirurgie der Klinik A.____, im Rahmen der Telefonsprechstunde aufgrund der Covid-19-Situation bei der Patientin erkundigt, ob das Saroten sowie das Taping eine positive Wirkung hätten. Der Ehemann der Patientin sei mit dem Verlauf sehr zufrieden. Die Patientin berichte über eine 70%ige Schmerzlinderung durch das Taping. Sie nehme das Saroten kurz vor dem Schlafengehen und habe keinerlei Nebenwirkungen. Die Schmerzen im Bereich des Ellenbogens und das Schlafen seien dadurch auch deutlich besser. Das Taping werde immer wieder neu angebracht. Die schmerzdistanzierende Therapie mit Saroten und das Taping brächten einen positiven Effekt. Die Patientin lasse ausrichten, dass beim Tragen des Tapes die Schmerzen kaum mehr vorhanden seien. Die Patientin und ihr Ehemann seien sehr zufrieden mit dem Prozedere (S. 1). 3.11

In seiner ergänzenden und abschliessenden Stellungnahme vom 15. Mai 2020 (Urk. 6/47 S. 10-11) stellte RA D-Arzt Dr. Z.____ (vorstehend E. 3.4) die folgende Diagnose (S. 10): - chronische belastungsabhängige Beschwerden des (dominanten) rechten Armes, bei: - Epicondylitis

humeri

ulnaris - kleiner Partiaalläsion am muskulotendinösen Übergang der Flexoren im Bereich des Epicondylus

humeri

ulnaris (MRI vom 21. Dezember 2019) Dieser Gesundheitsschaden sei nun seit etwa Mitte April 2020 stabil (S. 10). In der bisherigen beziehungsweise zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Flugzeug-Reinigerin sowie für jede andere, den rechten Arm beziehungsweise die rechte Hand (Gebrauchsarm) stärker belastende Tätigkeit bestehe aus orthopädischer Sicht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit durchgehend seit 6. Oktober 2017 und bis auf Weiteres, überwiegend wahrscheinlich auf Dauer. In einer optimal angepassten Tätigkeit, ohne stärkere Belastung beider Arme, vor allem aber des rechten Armes (Gebrauchsarm), speziell ohne die Notwendigkeit mit beiden Händen fest zuzugreifen oder Gegenstände festzuhalten, ohne besondere Anforderungen an die Feinmotorik bestehe medizintheoretisch überwiegend wahrscheinlich seit April 2020 eine Arbeitsfähigkeit von zirka 90%, resultierend aus einer vollschichtigen Präsenz mit leicht reduzierter Leistungsfähigkeit wegen der Notwendigkeit, zwischendurch immer wieder kurz die Muskulatur der Unterarme aufzulockern. Retrospektiv habe medizintheoretisch bereits seit spätestens Oktober 2018 eine geringe Restarbeitsfähigkeit von 30-40% bestanden, überwiegend wahrscheinlich aber schon von Anfang an (S. 10 f.) 3.12

Im Bericht vom 7. Juli 2020 über die am Vortag erfolgte Abklärung

der beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit in Beruf und Haushalt (Urk. 6/45) wurde insbesondere festgehalten, dass gestützt auf die Angaben der Beschwerdeführerin davon ausgegangen werden könne, dass sie ihr Arbeitspensum aus finanziellen Gründen erhöht hätte. Die Beschwerdeführerin habe vor der Geburt der Kinder bereits zu 100% gearbeitet. Es gebe keinen Grund, warum sie dies bei Gesundheit zum jetzigen Zeitpunkt nicht genauso

umgesetzt hätte (S. 5 Ziff. 2.6.1).

Im Ergebnis wurde sie von der Abklärungsperson als zu 100 % erwerbstätig qualifiziert (S. 4 Ziff. 2.6). 4. 4.1

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens reichte die Beschwerdeführerin weitere medizinische Berichte (Urk. 16/1-5, Urk. 19) zu den Akten . Für die Beurteilung der Gesetzmässigkeit der angefochtenen Verfügung oder des Einspracheentscheides ist für das Sozialversicherungsgericht in der Regel der Sachverhalt massgebend, der zur Zeit des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verfügungsverfügung bilden (BGE 130 V 138 E. 2.1 mit Hinweis). Sie können indessen, unter Wahrung des rechtlichen Gehörs, berücksichtigt werden, wenn sie kurze Zeit nach dem Erlass des angefochtenen Entscheids eingetreten sind, sich ihre Beachtung aus prozessökonomischen Gründen unbedingt aufdrängt und sie hinreichend klar feststehen (BGE 105 V 156 E. 2d; ZAK 1984 S. 349 E. 1b). Dies ist der Fall, wenn sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Entscheiderlasses zu beeinflussen (BGE 99 V 98 E. 4 mit Hinweisen). Diese Voraussetzungen sind hinsichtlich der genannten Berichte erfüllt , weshalb diese im vorliegenden Verfahren Berücksichtigung finden. 4.2

Mit Bericht vom 14. September 2020 (Urk. 16/4) diagnostizierten die Ärzte der Universitätsklinik H.____ eine Epicondylitis

humeri

ulnaris rechts (dominant) mit leichter Valgusfehlstellung und unauffälliger sensomotorischer Neurographie des Nervus

ulnaris und medianus . In der neurologischen Untersuchung habe sich eine unauffällige sensomotorische Neurografie im Nervus

ulnaris und medianus gezeigt, bei klinischem Verdacht auf eine Reizung des Nervus

ulnaris sowie einem Verdacht auf ein Karpaltunnelsyndrom. Die Patientin habe berichtet, dass die Physiotherapie zu einer Besserung der Beschwerden geführt habe. Seit längerer Zeit besuche sie keine Physiotherapie mehr, dadurch sei es zu einer Verschlimmerung der Beschwerden gekommen (S. 1). In der heutigen klinischen Untersuchung hätten sich isolierte Schmerzen über dem Epicondylus

humeri

ulnaris gezeigt. Klinisch sei aber keine Reizung des Nervus

ulnaris oder medianus festgestellt worden. CT-tomografisch bestünden keine relevanten Arthrosezeichen . Bei fehlendem pathomorphologischen Korrelat werde prinzipiell eine konservative Therapie mittels Physiotherapie empfohlen. Eine Verlaufskontrolle sei nicht vorgesehen (S. 2). Im Bericht vom 16. März 2021 (Urk. 16/2) stellten die Ärzte der Universitätsklinik H.____ die folgenden Diagnosen (S. 1): - Epicondylitis

humeri

ulnaris rechts (dominant), bei: - leichter Valgusfehlstellung - kleiner Partialruptur der Sehnenplatte der Flexorensehne - unauffälliger sensomotorischer Neurographie des Nervus

ulnaris und medianus - hochscapulothorakales

Vertebralsyndrom Zusätzlich gebe die Patientin neu rechtsseitige Schulterschmerzen an (S. 1). Aktuell im Vordergrund stehe eine hochscapulothorakale

Dyskinesie beziehungsweise ein Posterovertbral-Syndrom. Aufgrund des fehlenden chirurgischen Interventionsbedarfs sowie bei radiologisch deutlich besserem MRI-Befund hinsichtlich der Tendinopathie werde keine fixe Verlaufskontrolle geplant, auch wenn sich radiologisch eine kleine Partialruptur zeige. Es werde weiterhin Physiotherapie, Ergotherapie und Chiropraktik empfohlen (S. 2). Mit Bericht vom 18. Juni 2021 (Urk. 16/1) stellten die Ärzte der Universitätsklinik H.____ die folgenden Diagnosen (S. 1): - Epicondylitis

humeri

radialis links (Erstdiagnose im Juni 2021) - Epicondylitis

humeri

ulnaris rechts (dominant), bei: - leichter Valgusfehlstellung - kleiner Partialruptur der Sehnenplatte der Flexorensehne - unauffälliger sensomotorischer Neurographie des Nervus

ulnaris und medianus - hochscapulothorakales

Vertebralsyndrom rechts Die Patientin berichtet neu, seit zirka 2 Wochen auch an dem linken Ellbogen Schmerzen zu haben. Bezüglich der chiropraktischen Therapie des hochscapulothorakalen

Vertebralsyndroms rechts mache sie gute Fortschritte. Die Schulterschmerzen rechts seien quasi verschwunden (S. 1). Bei der Patientin bestehe neu linksseitig ein Tennisellbogen (Epicondylitis

humeri

radialis). Es werde der Beginn der konservativen Therapie mittels Tragen einer Handgelenksmanschette nachts, einer Ellbogenspanne tagsüber sowie eine angepasste physiotherapeutische Therapie initiiert. Bezüglich des rechten Ellbogens werde die konservative Therapie mittels Ruhigstellung in der Handgelenksmanschette nachts und Physiotherapie weitergeführt. Es seien zurzeit keine weiteren Nachkontrollen geplant (S. 2).
4.3

Dr. med. I.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nannte im Bericht vom 10. August 2021 (Urk. 19) die folgenden Diagnosen (S. 1): - massive Schulter- und Nackenbeschwerden mit rezidivierenden Ausstrahlungen in den rechten Arm bis in den Ellbogen rechts, mit/bei: - deutlichen myofaszialen

Triggerpunkten im Musculus

scalenus

medius und anterior, Musculus

splenius

cervicis, Musculus

levator

scapulae und Musculus

trapezius

descendens rechts - chronifiziertes Schmerzsyndrom im Ellbogen rechts im Sinne einer Epicondylitis

humeri

ulnaris rechts, mit/bei: - deutlicher Schwellung bei chronischem Schmerzsyndrom - deutlichen myofaszialen

Triggerpunkten im Musculus

pronator

teres - auffälliger Radialduktion in Steckstellung von zirka 20-30 Grad Er könnte sich vorstellen, dass das Beschwerdesyndrom im Schulter- und Nackenbereich ein deutlich unterhaltender Faktor für das Ellenbogenproblem darstelle. Es sei wichtig, dass die Patientin weiterhin in die Physiotherapie gehe, welche ihr aktuell gut zu tun scheine (S. 2).

5. 5.1

Am 1. Oktober 2019 fand eine bidisziplinäre , orthopädisch-psychiatrische RAD-Untersuchung statt, in der im Rahmen RAD-Arzt Dr. Z.____

eine chronische, therapierefraktäre, radiale und ulnare

Epicondylopathie sowie

beidseitige Unterarm schmerzen, rechts (dominant) wesentlich stärker als links , diagnostizierte (vorstehend E. 3.7).

In psychiatrischer Hinsicht wurde kein Gesundheitsschaden festgestellt. Der RAD-Arzt setzte sich eingehend mit der Aktenlage auseinander und gelangte gestützt auf eine umfassende Anamnese und objektive Befunderhebung

im Rahmen seiner orthopädischen Untersuchung (vgl. Urk. 6/30 S. 2-7 Ziff. 2-9) zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin seit 6. Oktober 2017 in ihrer bisherigen Tätigkeit als Flugzeug-Reinigerin durchgehend und bis auf Weiteres nicht mehr arbeitsfähig sei.

Den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin erachtete er zum damaligen Zeitpunkt als instabil, wobei zu einem späteren Zeitpunkt - nach erweiterter Diagnostik sowie gegebenenfalls Therapie - die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit aus medizintheoretischer Sicht durchaus möglich sei.

Des Weiteren legte er anhand der von ihm festgestellten funktionellen Einschränkungen substantiiert und nachvollziehbar dar , dass der Beschwerdeführerin aus medizinischer Sicht eine optimal angepasste Tätigkeit spätestens seit Oktober 2018 im Rahmen

eines 30-40 % -Pensums zumutbar sei. Das vom RAD-Arzt dies bezüglich genannte Belastungsprofil beinhaltet e Tätigkeiten ohne jede körperliche Belastung, speziell ohne die Notwendigkeit, mit beiden Händen fest zuzugreifen oder Gegenstände festzuhalten, ohne besondere Anforderungen an die Feinmotorik und berücksichtigt e damit die sich aus den vorhandenen Beschwerden der Beschwerdeführerin ergebenden funktionellen Einschränkungen vollumfänglich.

Gestützt auf die beweiskräftige RAD-Stellungnahme vom 2. Oktober 2019 über die bidisziplinäre, orthopädisch-psychiatrische RAD-Untersuchung vom 1. Oktober 2019 (vgl. vorstehend E. 3.7) respektive den orthopädischen Untersuchungsbericht vom 3. Oktober 2019 (Urk. 6/30) ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Flugzeug-Reinigerin seit 6. Oktober 2017 zu 100% arbeitsunfähig ist. In einer optimal behinderungsangepassten Tätigkeit besteht spätestens seit Oktober 2018 eine Teilarbeitsfähigkeit von 30-40%. Diese Beurteilung bildet die Grundlage für die befristete Zusprache

einer Drei viertelsrente ab 1. Oktober 2018 (Urk. 2) und erweist sich vorliegend als nicht streitig. Zu prüfen ist im Folgenden, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin - wie von der Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung angenommen (vgl. vorstehend E. 2.1) - seit April 2020 wesentlich verbessert hat (vgl. vorstehend E. 1.3-1.5). 5.2

In seiner ergänzenden und abschliessenden Stellungnahme vom 15. Mai 2020 (vorstehend E. 3.11) gelangte RAD-Arzt Dr. Z.____

im Wesentlichen gestützt auf die Berichte der behandelnden Ärzte der Klinik A.____ vom 13. Februar sowie vom 3. und 14. April 2020 (vgl. vorstehend E. 3.10)

zum Schluss, dass der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit etwa Mitte April 2020 stabil sei und ihr seither eine dem Leiden angepasste Tätigkeit zu 90% zumutbar sei.

Dabei nahm er weder Bezug auf die objektiven Befunde noch setzte er sich vertieft mit den Auswirkungen der funktionellen Einschränkungen auseinander. Seiner Beurteilung fehlt es damit an einer substantiierten und schlüssigen Begründung, um eine im revisionsrechtlichen Kontext relevante Verbesserung des Gesundheitszustands im Umfang der von ihm attestierten 90%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit hinreichend nachvollziehen zu können. Sie erweist sich auch dahingehend als nicht nachvollziehbar, als der RAD-Arzt in seiner letzten Stellungnahme vom 3. Februar 2020 (vorstehend E. 3.9) insbesondere gestützt auf das MRI

vom 21. Dezember 2019 (Urk. 6/39/13) noch von einer eindeutigen Verschlechterung der für die Arbeitsunfähigkeit verantwortlichen Diagnose ausging. Der MRI-Befund

zeigte neu einen Riss im Bereich des Sehnenansatzes der Flexoren am Epicondylus humeri

ulnaris. RAD-Arzt Dr. Z.____ vermochte

diesbezüglich nicht schlüssig zu begründen, weshalb der Beschwerdeführerin bei dem gemäss RAD-Stellungnahme vom 3. Februar 2020 (vorstehend E. 3.9) sogar eher verschlechterten Beschwerdebild nun wenige Monate später eine angepasste Tätigkeit zu 90%

zumutbar sein sollte. Des Weiteren ergibt sich aus dem im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten Bericht vom 18. Juni 2021 (vorstehend E. 4.2) neu auch links die Diagnose einer Epicondylitis

humeri

radialis, was ebenso keine Verbesserung des Gesundheitszustands vermuten lässt. Auch aus den vom RAD-Arzt in seiner abschliessenden Stellungnahme

erwähnten Berichten der Ärzte der Klinik A.____

(vgl. vorstehend E. 3.10) lässt sich

keine für den Rentenanspruch relevante, wesentliche Veränderung des Gesundheitszustands

der Beschwerdeführerin ableiten. Die im Bericht von Dr. G.____

über die Telefonkonsultation vom 14. April 2020 (vorstehend E. 3.10) erwähnte 70%ige Schmerzlinderung durch das selbst applizierte Taping

vermag die vom RAD-Arzt statuierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit nicht rechtsgenügend zu begründen, zumal anhand der medizinischen Akten Anhaltspunkte bestehen, dass die Schmerzen der Beschwerdeführerin bei Belastung zunehmen (vgl. vorstehend E. 3.2-3.3, Urk. 6/45 S. 3). Eine allfällige Schmerzreduktion durch das Taping wäre demnach gegebenenfalls auf das Schonverhalten der Beschwerdeführerin zurückzuführen und lässt nicht ohne Weiteres auch den Schluss auf eine Verbesserung des Gesundheitszustands und damit ihrer Leistungs- und Arbeitsfähigkeit zu.

Der Bericht von Dr. G.____

vom 14. April 2020 (vorstehend E. 3.10), auf welchen sich der RAD-Arzt bei seiner Beurteilung der Verbesserung des Gesundheitszustands massgeblich abstützte, erging sodann ohne vorgängige Untersuchung der Beschwerdeführerin und enthält weder eine eingehende Anamnese und Befunderhebung noch eine Beurteilung der funktionellen Einschränkungen. Die Beschwerdeführerin verfügt des Weiteren kaum über Deutschkenntnisse (vgl. Urk. 6/15 S. 5, Urk. 6/29 S. 1, Urk. 6/30 S. 1, Urk. 6/47 S. 12), weshalb sich die im Rahmen der Telefonkonsultation erfolgte skalierende Befragung über das aktuelle Schmerzempfinden im Übrigen

als nicht beweiswertig erweist.

5.3

Nach dem Gesagten

kann somit weder der

abschliessende RAD-Stellungnahme vom 15. Mai 2020 (vorstehend E. 3.11) noch der Bericht von Dr. G.____ vom

14. April 2020 (vorstehend E. 3.10)

eine relevante Verbesserung entnommen werden. Auch den sonstigen Akten lässt sich nicht entnehmen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit sich seit Oktober 2018

verbessert und überwiegend wahrscheinlich (die blosse Möglichkeit einer tatsächlichen Verbesserung genügt nicht; Urteile des Bundesgerichts 9C_631/2012 vom 7. Dezember 2012, 8C_959/2012 vom 3. April 2013 E. 2.4) zu einer Steigerung der verwertbaren Leistungsfähigkeit geführt haben könnten.

Gestützt auf die vorhandenen Akten ist somit kein Revisionsgrund ausgemittelt. Stattdessen ist davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Rentenzusprache nicht verändert hat. Für eine optimal

behinderungsangepasste Tätigkeit ist daher weiterhin von einer Restarbeitsfähigkeit von 30-40 % auszugehen. 5.4

Zusammenfassend ist eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit von 30-40 % auf 90 %

ab April 2020 nicht ausgewiesen. Fehlt es an einer überwiegend wahrscheinlichen anspruchserheblichen Änderung des Sachverhalts, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand. Nachdem auch der Einkommensvergleich unbestritten ist und zu keiner weiteren Prüfung Anlass gibt, bleibt es somit beim bisherigen Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Dreiviertelsrente.

Dementsprechend ist die Beschwerde gutzuheissen und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin weiterhin eine Dreiviertelsrente auszurichten. 6.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Vorliegend sind die Kosten auf Fr. 700.-- festzulegen und der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 20. Januar 2021 dahingehend abgeändert, dass die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine unbefristete Dreiviertelsrente

hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk. 19 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grieder-Martens Rami

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente , bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

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