

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.01025 vom 24. Februar 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-02-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.01025

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.01025 du 24 février 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.01025 del 24 febbraio 2011

Erwägungen

E. 3.1

Dr. med. A. ____, Oberarzt am Universitätsklinikum E. ____, Klinik für Ohren-, Nasen-, Hals- und Gesichtschirurgie, stellte mit Bericht vom 24. November 2009 folgende Diagnose (Urk. 7/10/6):

Mesopharynxkarzinom rechts, Erstdiagnose April 2009, mit und bei

- Status nach transoraler Tumoresektion, Unterkieferspaltung, Neck dissection
- Status nach adjuvanter Radio-Chemotherapie bis 24. August 2009

Der Beschwerdeführer sei aktuell klinisch und radiologisch tumorfrei. Er sei nicht arbeitsunfähig; bis auf den Redefluss und die Sprache seien keine Einschränkungen zu erwarten. Es seien aber möglichst keine Berufe mit viel Kundenkontakt auszuüben. Die Arbeit könne sofort wieder aufgenommen werden (Urk. 7/10/6-7).

E. 3.2

Dr. med. B. ____, Allgemeine Medizin FMH, diagnostizierte mit Bericht vom 12. Dezember 2009 ein Tonsillenzellkarzinom mit Status nach Tracheotomie, ausgedehnter transoraler Tumoresektion und Neck dissection sowie eine kombinierte, entwicklungsbedingte Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ, eine Polytoxikomanie und einen Verdacht auf einen Status nach juvenilem und adultem ADHS (Urk. 7/11 Ziff. 1.1).

Die Prognose sei unsicher. Als Montage-Mitarbeiter sei der Beschwerdeführer seit 4. April 2009 zu 100 % arbeitsunfähig. Er habe in somatischer Hinsicht Mühe mit der Atmung, eine Schluck- und Essstörung, und seine Leistungsfähigkeit sei vermindert. Die psychische Leistungsfähigkeit sei aufgrund der Polytoxikomanie reduziert. Die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar (Urk. 7/11 Ziff. 1.4, Ziff. 1.6-1.7). Die Minderung der Leistungsfähigkeit betrage mindestens 50 %, er könne maximal halbtags einer angepassten, wechselbelastenden Tätigkeit nachgehen, dies ab Mitte 2010. Dabei seien keine schwere Arbeiten möglich. Dr. B. ____, verwies sodann auf die psychiatrische Begutachtung (Urk. 7/11/4).

E. 3.3

Dr. med. C. ____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, stellte mit Bericht vom 25. Januar 2010 folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/12/6):

- kombinierte, entwicklungsbedingte Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen und reaktiv-depressiven Anteilen vom Borderlinetyp, ICD-10 F61.0
- Verdacht auf Status nach juvenilem und adultem ADHS, ICD-10 F91.0, seit vielen Jahren

- Störung durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom, zur Zeit Konsum von ca. zwei Litern Bier pro Tag, ICD-10 F10.24, seit vielen Jahren

- Status nach Störung durch Opioide, gegenwärtig abstinent, ICD-10 F11.20

Der Beschwerdeführer sei im Denken einfach strukturiert und oft egozentrisch und pauschalisierend, sehe sich oft auf der Verliererseite und fühle sich missverstanden. Er habe wenig Selbstreflexionsvermögen gezeigt und sei schlecht in der Lage, differenzierte Standpunkte einzunehmen. Weiter sei eine deutliche Störung der Affektivität im Sinne einer deprimiert-resignativen Grundstimmung und zunehmend fehlender Motivation, sich gegen sein Schicksal zu stemmen, vorhanden. Die Krebserkrankung habe noch mehr zur desillusioniert-hoffnungslosen Stimmung beigetragen. Im Gespräch sei dies deutlich spürbar gewesen, diese Stimmung habe aber schnell in etwas aggressiv Unterlagertes kippen können. In dieser Stimmung habe der Beschwerdeführer aufbrausend und wenig spannungstolerant gewirkt. Auch hier seien ein mangelndes Introspektionsvermögen und die Schwierigkeit, verschiedene Standpunkte einzunehmen, deutlich hervorgetreten. In der Abklärung sei aufgefallen, dass sich der Beschwerdeführer einerseits als gutmütigen, hilfsbereiten, jovialen und verlässlichen Kameraden darstelle, der zwar ein ungebundenes, trotzdem aber loyales arbeitsames und moralisch unbedenkliches Leben führe. Schwierig sei es, ihn auf die problematischere Seite seiner Persönlichkeit anzusprechen, wo er auch ein impulsives, aggressives und zuweilen auch querulatorisches Verhalten zeigen könne (Urk. 7/12/9 f.).

Die Persönlichkeitsstörung und die durch die Lebensentwicklung entstandenen Stigmata dürften sich aus psychiatrischer Sicht nicht mehr wesentlich verschlimmern. Die Behandlung des Karzinoms scheine soweit in eine Remission geführt zu haben, dass vor allem respiratorische Schwierigkeiten und eine noch vorschnelle Ermüdbarkeit bestehen blieben. Aus psychiatrischer Sicht seien infolge der Leistungs- und Anpassungsprobleme längerfristig nur noch einfachere handwerkliche Arbeiten im Umfang von ca. 50 % möglich. Bei einem guten Arrangement sei damit zu rechnen, dass der Beschwerdeführer keine Probleme habe. Eine Arbeit würde ihm helfen, seinen Tag zu strukturieren. Eine Rückkehr in den ersten Arbeitsmarkt sei aber aus gesundheitlichen Gründen unwahrscheinlich. Am ehesten käme eine geschätzte Arbeit in der Gemeinde oder in einem Integrationsprojekt in Frage. Eine Umschulung in den Verkauf oder in Lagerarbeit sei nicht angezeigt, obwohl der Beschwerdeführer sich dies wünsche (Urk. 7/12/10).

Der Beschwerdeführer habe Leistungsprobleme und verfüge über wenig Flexibilität. Er leide an Dyspnoe und Erschöpfbarkeit und müsse abwechslungsreiche, wenig belastende Tätigkeiten ausführen und sich dabei bewegen können. Die bisherige Tätigkeit als Schlosser und Hilfsarbeiter sei nicht mehr zumutbar (Urk. 7/12/2). Eine behinderungsangepasste Tätigkeit mit leichter, nicht zu komplexer und körperlich wenig belastender Arbeit sei während ca. 4 Stunden täglich zumutbar, dies ab sofort, falls eine adäquate Arbeit gefunden werde (Urk. 7/12/3).

E. 3.4

Dr. med. D.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, RAD-Ärztin, untersuchte den Beschwerdeführer am 12. Mai 2010. Mit Bericht vom 19. Mai 2010 (Urk. 7/16) stellte Dr. D.____ folgende Diagnose (S. 4):

- Störung durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtiger Substanzgebrauch (ca. 2 Liter Bier täglich, seit Jahren), ICD-10 F10.2
- Status nach Tracheotomie, ausgedehnter transoraler Tumorsektion und Neck dissection sowie Bestrahlung bei Tonsillenkarzinom rechts
- Verdacht auf leichtes Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom in der Jugend und im Erwachsenenalter, ICD-10 F91.0
- anamnestisch (Bericht Dr. C.____) kombinierte, entwicklungsbedingte Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen und reaktiv-depressiven Anteilen vom Borderline-Typ, ICD-10 F61.0
- Status nach Störung durch multiplen Substanzgebrauch (Opioide, Cannabinoide), gegenwärtig abstinent, ICD-10 F19

Gemäss Dr. C.____ sei der Beschwerdeführer von ihm im Januar 2010 (richtig wohl: 2009, vgl. Urk. 7/12 Ziff. 1.2) forensisch begutachtet worden; das Gutachten liege nicht vor.

In der psychiatrischen RAD-Untersuchung habe sich der Beschwerdeführer insgesamt bagatellisierend und zurückhaltend gezeigt. Die von Dr. C.____ beobachteten Zeichen der kombinierten Persönlichkeitsstörung seien nicht deutlich geworden. Es hätten sich diskrete Hinweise gezeigt, die die Verdachtsdiagnose eines leichten ADHS stützen könnten, nämlich nachlassende Konzentration und psychomotorische Unruhe. Es habe sich zwar ein einfach strukturiertes, wenig differenziertes, bagatellisierendes Denkverhalten und eine leichte Verminderung der Konzentrationsfähigkeit gezeigt, jedoch seien keine groben kognitiven Funktionseinschränkungen wie grobe Gedächtnisstörungen, Merkfähigkeits- und Aufmerksamkeitsstörungen festgestellt werden. Dass der Beschwerdeführer nach Einschätzung von Dr. C.____ seit Sommer 2008 nicht mehr auf dem ersten Arbeitsmarkt arbeitsfähig sein solle, sei nicht nachvollziehbar. Ausser einer Anstrengungsdyspnoe beklage der Beschwerdeführer keine weiteren körperlichen und psychischen Beschwerden. Es sei kein invaliditätsrelevanter psychischer Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen. Gemäss der onkologischen Beurteilung sei auch aus somatischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit gegeben. Die Tätigkeit als Gleisbauer und Monteur entspreche den Empfehlungen von Dr. A.____ für eine Arbeit mit wenig Kundenkontakt. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei der Beschwerdeführer somit sowohl in der bisherigen Tätigkeit als Gleisbauer und Monteur wie auch in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 7/16 S. 6 f.).

E. 3.5

Vom 14. bis 16. September 2010 hielt sich der Beschwerdeführer stationär in der Klinik für Kardiologie, Universitätsspital E.____, auf. Mit Austrittsbericht vom 27. September 2010 (Urk. 3) wurde folgende Diagnose gestellt (S. 1):

1. Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom (SIRS) und Dehydratation bei Diarrhoe
 2. Perikarderguss unklarer Genese, Erstdiagnose 6. August 2010
- Differentialdiagnose: neoplastisch, medikamentös

- aktuell klein und hämodynamisch nicht relevant
- bildgebend am 6. August 2010: Perikarderguss, hochgradige Koronarverkalkung, normale linksventrikuläre Funktion
- kardiovaskulärer Risikofaktor: Arterielle Hypertonie, persistierender Nikotinabusus (60py)
- 3.Â Â Â Â markozytäre hyperchrome Anämie
- 4.Â Â Â Â verhornendes Plattenepithelkarzinom des Mesopharynx und der Tonsille rechts
- Status nach transoraler Tumoresektion mit Unterkieferspaltung und neck dissection
- kurative Radiotherapie des Mesopharynx
- Chemotherapie
- 5.Â Â Â Â chronischer gesundheitsschädigender Alkoholkonsum
- Äthyliche Hepatitis
- Gynäkomastie
- 6.Â Â Â Â paraseptales Lungenemphysem beidseits
- persistierender Nikotinabusus (60py)
- grenzwertige pulmonale arterielle Drucksteigerung

Der Beschwerdeführer sei nach zweiwöchigem, zirka 30 x pro Tag aufgetretenem Durchfall notfallmäßig hospitalisiert worden. In den letzten Tage habe sich sein Allgemeinzustand verschlimmert und er sei mehrmals zu Hause kollabiert. Er habe seine Wohnung praktisch nicht mehr verlassen und bei allgemeiner Schwächung seinen chronischen Alkohol- und Nikotinkonsum auf momentan etwa zwei Flaschen Bier und 10 Zigaretten pro Tag reduziert (S. 4).

Angaben zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers wurden dem Zweck des Austrittsberichts entsprechend nicht gemacht.

E. 4.1

Gemäss Dr. A. ___ ist der Beschwerdeführer aus onkologischer Sicht zu 100 % arbeitsfähig, die einzige Einschränkung betreffe seine Stimme, weshalb Berufe mit wenig Kundenkontakt vorzuziehen seien (Urk. 7/10/7).

E. 4.2

Dr. B. ___ beurteilte den Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit als Montage-Mitarbeiter als zu 100 % arbeitsunfähig. Dabei erachtete Dr. B. ___ die durchgemachte Tumorerkrankung und -behandlung als sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkend (vgl. Urk. 7/11 Ziff. 1.1), was gemäss Dr. A. ___ gerade nicht der Fall ist. Dr. B. ___ führte die Arbeitsunfähigkeit und die eingeschränkte behinderungsangepasste Arbeitsfähigkeit aber auch auf die Diagnose der Persönlichkeitsstörung, der Polytoxikomanie und des Verdachtes auf einen Status nach juvenilem und adultem ADHS zurück. Bei letzterem handelt es sich jedoch um einen nach Lage der Akten bislang unbestätigten Verdacht, weshalb dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nicht beurteilbar sind. Hinsichtlich der psychiatrischen Diagnosen ist - wie dies Dr. B. ___ selbst tut, vgl. Urk. 7/11 Ziff. 1.11 - auf den Umstand hinzuweisen, dass deren Auswirkung auf

die Arbeitsfähigkeit durch einen psychiatrischen Facharzt zu beurteilen sind. Insgesamt ist deshalb der Bericht von Dr. B. ___ zu wenig genau begründet, um daraus verlässliche Angaben zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu gewinnen.

E. 4.3

Es liegen zwei psychiatrische Beurteilungen vor, von denen grundsätzlich jede den praxisgemässen Anforderungen an einen Arztbericht (vgl. vorstehend Erw. 1.2) zu genügen vermag. Jedoch diagnostizierte Dr. C. ___ insbesondere eine Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ und hielt den Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit als nicht mehr und in einer behinderungsangepassten, geschätzten Tätigkeit als zu 50 % arbeitsfähig, während Dr. D. ___ diese Diagnose nicht bestätigte und den Beschwerdeführer sowohl in der angestammten wie in jeder anderen Tätigkeit als zu 100 % arbeitsfähig erachtete.

Beide Fachärzte begründeten ihre Einschätzung auf nachvollziehbare Weise. Damit stellt sich die Frage, welcher Beurteilung zu folgen ist.

E. 4.4

Ein psychischer Gesundheitsschaden führt nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit, 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 S. 50 mit Hinweisen). Diese Frage erscheint vorliegend nicht als genügend geklärt, da Dr. C. ___ der Auffassung ist, der Beschwerdeführer könne seine angestammte Tätigkeit nicht mehr ausüben und im ersten Arbeitsmarkt nicht mehr eingesetzt werden, während Dr. D. ___ selbst die angestammte Tätigkeit als vollumfänglich zumutbar erachtet. Die vorliegende Situation zeigt zudem deutlich, dass Psychiater, die mit der gleichen Person in verschiedenen Zeitpunkten und Situationen konfrontiert werden, zu ganz unterschiedlichen Beurteilungen der psychischen Beeinträchtigungen und -invalidenversicherungsrechtlich entscheidend - deren Schweregrades mitsamt den sich daraus ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit gelangen können. Diese in der Natur der Sache begründete weitgehend fehlende Validierbarkeit psychiatrischer Diagnosen, namentlich im depressiven Formenkreis sowie bei den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen gemäss ICD-10, kann nicht automatisch zu Beweisweiterungen bei sich widersprechenden psychiatrischen Berichten und Expertisen führen. Kommen diese jedoch wie vorliegend zu diametral entgegengesetzten Schlüssen, deren Divergenzen das angerufene Gericht mangels eigenen Fachwissens im Rahmen freier Beweiswürdigung nicht auflösen kann, so muss der Sachverhalt weiter abgeklärt werden (vgl. den Entscheid des Bundesgerichts in Sachen P. vom 29. Sept. 2009; 9C_661/2009).

E. 4.5

Die Sache erweist sich auch aus folgenden Gründen als nicht spruchreif: Zum einen lässt sich den vorliegenden psychiatrischen Beurteilungen nicht hinreichend entnehmen, welchen Einfluss die Suchterkrankung des Beschwerdeführers auf seine Arbeitsfähigkeit hat: Alkoholismus (wie auch Drogensucht und Medikamentenabhängigkeit) begründet für sich allein keine Invalidität im Sinne des Gesetzes. Vielmehr wird er invalidenversicherungsrechtlich erst relevant, wenn er eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher, geistiger oder psychischer, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn er selber Folge eines körperlichen, geistigen oder psychischen

Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (Urteil des Bundesgerichts in Sachen A. vom 5. März 2009, 8C_694/2008, Erw. 2). Dabei ist das ganze f¼r die Alkoholsucht massgebende Ursachen- und Folgespektrum in eine Gesamtw¼rdigung einzubeziehen, was impliziert, dass einer allf¼lligen Wechselwirkung zwischen Suchtmittelabh¼ngigkeit und psychischer Begleiterkrankung Rechnung zu tragen ist (Urteile des Eidgen¼ssischen Versicherungsgerichtes in Sachen T. vom 5. November 2002, I 758/01, Erw. 3.2, und P. vom 19. Juni 2002, I 390/01, Erw. 2b).

Was die krankheitsbedingten Ursachen der Alkoholsucht betrifft, ist f¼r die invalidenversicherungsrechtliche Relevanz der Abh¼ngigkeit erforderlich, dass dem Alkoholismus eine ausreichend schwere und ihrer Natur nach f¼r die Entwicklung einer Suchtkrankheit geeignete Gesundheitsst¼rung zugrunde liegt, welche zumindest eine erhebliche Teilursache der Alkoholsucht darstellt (Urteil des Eidgen¼ssischen Versicherungsgerichtes in Sachen M. vom 23. Oktober 2002, I 192/02, Erw. 1.2.2 mit Hinweis); es gen¼gt nicht, wenn es sich nur um eine ganz untergeordnete Teilursache handelt (nicht ver¼ffentlichtes Urteil des Eidgen¼ssischen Versicherungsgerichtes in Sachen B. vom 29. August 1994, I 130/93). Mit dem Erfordernis des Krankheitswerts einer allf¼lligen verursachenden psychischen Krankheit wird verlangt, dass diese die Arbeits- und Erwerbsf¼higkeit einschr¼nkt (BGE 99 V 28 f. Erw. 2; Urteil des Eidgen¼ssischen Versicherungsgerichtes in Sachen M. vom 10. M¼rz 2006, I 940/05, Erw. 2.2; erw¼hntes Urteil I 758/01, Erw. 3.1). Wenn der erforderliche Kausalzusammenhang zwischen Alkoholsucht und krankheitswertigem psychischem Gesundheitsschaden besteht, sind f¼r die Frage der noch zumutbaren Erwerbst¼tigkeit die psychischen und die suchtbedingten Beeintr¼chtigungen gesamthaft zu ber¼cksichtigen. Um diese Frage beantworten zu k¼nnen, sind Verwaltung und Gericht auf m¼glichst detaillierte medizinische Ausk¼nfte ¼ber die Verh¼ltnisse zur Zeit der Entstehung der Alkoholsucht auf der einen und der allf¼lligen psychiatrischen Komorbidit¼t auf der andern Seite sowie ¼ber den allf¼lligen urs¼chlichen Zusammenhang zwischen den beiden Aspekten angewiesen (vgl. zur Bedeutung medizinischer Ausk¼nfte zur Bestimmung der Invalidit¼t BGE 115 V 134 Erw. 2; BGE 124 V 268 Erw. 3c mit Hinweis, 99 V 28 Erw. 2; SVR 2001 IV Nr. 3 S. 7 Erw. 2b; AHI 2002 S. 30 Erw. 2a, 2001 S. 228 f. Erw. 2b mit Hinweisen; Urteile des Eidgen¼ssischen Versicherungsgerichtes in Sachen O. vom 8. August 2006, I 169/06, Erw. 2.2 und 4.2 mit Hinweisen und des Bundesgerichts in Sachen L. vom 27. September 2010, 8C_672/2010, Erw. 2).

E. 4.6

Zum anderen geht aus dem Bericht der Klinik f¼r Kardiologie vom 27. September 2010 (Urk. 3) hervor, dass der Beschwerdef¼hrer auch aus somatischen Gr¼nden in seiner Arbeitsf¼higkeit beeintr¼chtigt sein k¼nnte. Dies kann aufgrund der dort genannten Diagnosen nicht ausgeschlossen werden, handelt es sich doch insbesondere bei der Herz- und Lungenerkrankung um Beschwerden, die sich auf die Leistungsf¼higkeit auswirken k¼nnen. Auch Dr. B. ___ und Dr. C. ___ stellten fest, der Beschwerdef¼hrer habe M¼he mit der Atmung und seine Leistungsf¼higkeit sei vermindert (vgl. Urk. 7/11 Ziff. 1.7; Urk. 7/12/10). Genauere Angaben dazu wurden von den ¼rzten der Klinik f¼r Kardiologie jedoch nicht gemacht, weshalb der Sachverhalt auch in dieser Hinsicht unvollst¼ndig erstellt ist.

E. 4.7

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass keine verlässliche und rechtsgültige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers vorliegt, da sich die psychiatrischen Beurteilungen widersprechen und ein allfälliger Einfluss der Suchterkrankung sowie der somatischen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers auf seine Arbeitsfähigkeit nicht abgeklärt wurden. Damit fehlt es an der Grundlage für einen Entscheid.

E. 5.1

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (Art. 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheide zu treffen sind, oder wenn der entscheidrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. SVR 1995 ALV Nr. 27 S. 69).

E. 5.2

Es ist angezeigt, die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie im Sinne der Erwägungen den Sachverhalt abkläre, neu beurteile und über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verführe. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen.

6. Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Verfahren kostenpflichtig und die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt.

Die Kosten sind ermessensweise auf Fr. 600.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verführung vom 4. Oktober 2010 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgten Abklärungen im Sinne der Erwägungen, neu verführe.

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

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- X. _____

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- 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).

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