

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.01226 vom 18. Oktober 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-10-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.01226

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.01226 du 18 octobre 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.01226 del 18 ottobre 2011

Erwägungen

E. 2

Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, berufliche Massnahmen zu gewährleisten.

E. 3

Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, eine Invalidenrente auszurichten.

E. 4

Subeventualiter sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese weitere Abklärungen treffe und hernach über den Leistungsanspruch neu befinde.

Dabei reichte sie neue Berichte der behandelnden lic. phil. C. ____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP (Bericht vom 9. Dezember 2010 [Urk. 3/2]) und Dr. med. D. ____, Spezialärztin FMH für Allgemeine Medizin (Bericht vom 13. Dezember 2010 [Urk. 3/3]), ein. Mit Beschwerdeantwort vom 26. Januar 2011 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde (Urk. 6).

Das Verfahren erweist sich als spruchreif. Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1.

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]). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG]). 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 in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

1.2 Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines

psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

1.3 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 Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). 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 prüfen nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszumachende 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).

Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung,

welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 122 V 157 E. 1c; vgl. auch 123 V 331 E. 1c).

2.

2.1 Die Beschwerdeführerin begründete die angefochtene Verfügung, mit welcher sie den Anspruch der Beschwerdeführerin auf berufliche Massnahmen und eine Rente ablehnte, damit, dass sich den medizinischen Akten ausser den subjektiv geklagten Beschwerden keine massgeblichen objektiven Befunde und Funktionseinschränkungen entnehmen liessen, die eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit in ihrer bisherigen Tätigkeit begründen würden (Urk. 2 S. 2).

2.2 Demgegenüber macht die Beschwerdeführerin im Wesentlichen geltend, die Beurteilung von med. pract. B. ___ stehe in klarem Widerspruch zur Einschätzung sämtlicher behandelnder Ärzte und Therapeuten, die durchwegs zum Schluss gelangt seien, dass sich die persistierenden Beschwerden weiterhin in der Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin niederschlagen würden (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdeführerin gab dabei insbesondere an, seit 2008 unter Kurzatmigkeit und Hyperventilation, die Panikattacken und Angstzustände auslösten, zu leiden. In zeitlich unregelmässigen Abständen leide sie überdies an Schwindel und Ohnmachtgefühlen sowie an Empfindungsstörungen und Schmerzen im Rücken und im Thoraxbereich unterhalb der Brust links. Überdies habe sich eine psychische Symptomatik entwickelt (Urk. 1 S. 2)

3.

3.1 Den Akten ist im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

3.1.1 Am 26. März 2009 untersuchte Professor Z. ___ des Universitätsspitals A. ___, die Beschwerdeführerin. Dieser gab in seinem Bericht vom 6. April 2009 (Urk. 7/11/15) folgende Diagnosen an:

- Status nach Pneumothorax links (8. Mai 2005)
- Status nach Thoraxdrainage links (8. bis 9. Mai 2007)
- Spirometrischer und computertomographischer Normalbefund am 13. Juni 2007
- Status nach Rezidivpneumothorax am 24. November 2008
- thoroskopische atypische Lungenresektion am apiko-medialen Oberlappen, parietale Pleurektomie und Pleurabrasio links am 28. November 2008
- Horner-Syndrom links sowie persistierende Schmerzen am linken Hemithorax und verminderte körperliche Belastbarkeit.

Professor Z. ___ erklärte, die Beschwerdeführerin sei durch folgende Symptome gestört:

- Erstens bestehe ein leichtes Horner-Syndrom links, welches als seltene Komplikation Folge des erwähnten Eingriffs beziehungsweise einer Thoraxdrainage sei.
- Zweitens beständen links-thorakale Schmerzen und Missempfindungen, die naturgemäss nicht zu objektivieren seien.

- Und drittens liege eine Reduktion der körperlichen Belastbarkeit vor, wobei eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geäusserten Beschwerden und den funktionellen Untersuchungen zu konstatieren sei. Lungenfunktionell bestände eine leichte restriktive Ventilationsstörung. Die inspiratorisch gemessene Vitalkapazität betrage mit 2,74 Litern 80 % des Sollwertes, allerdings sei die nicht-kooperationsabhängige Messung des intrathorakalen Gasvolumens plethysmographisch nicht reduziert gewesen. Zudem habe er die Beschwerdeführerin in zügigem Tempo zwei Stockwerke hoch begleitet; dabei habe sich eine deutliche Diskrepanz zu den von ihr geäusserten Beschwerden gezeigt.

Schliesslich hielt Professor Z. ___ fest, eine leichte restriktive Ventilationsstörung sei möglich, jedoch könnte eine allenfalls vorhandene leichte Restriktion die massive Reduktion der geschilderten Belastbarkeit im Alltag nicht erklären. Um einer eigentlichen Dekonditionierung vorzubeugen, sollte sich die Beschwerdeführerin mehr belasten (Urk. 7/11/16).

3.1.2.2 Am 20. April 2009 stellten die Ärzte der Chirurgischen Klinik und Poliklinik des Kantonsspitals F. ___ aufgrund ihrer Untersuchung vom 16. April 2009 folgende Diagnosen:

- rezidivierender Spontanpneumothorax links
- Ereignisse vom 8. Mai 2007 und vom 24. November 2008
- thoroskopische, atypische Lungenresektion am apiko-medialen Oberlappen, Pleurektomie, Pleuraabrasio links am 28. November 2008,
- ab dem 30. November 2008 Horner-Syndrom links mit Ptosis und Miosis
- Hypästhesie und Hypalgesie Th 1-2, Allodynie Th 6 - 8 links (gemäss Dr. G. ___, Spezialarzt FMH für Neurologie)
- neurogene Schmerzen thorakobasal links.

Die Beschwerdeführerin gab im Kantonsspital F. ___ an, sie könne sich eine Arbeitsaufnahme vorläufig überhaupt nicht vorstellen, da ihr dies sowohl körperlich wie seelisch schaden würde. Die F. ___-Ärzte attestierten aufgrund ihrer Untersuchung eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (bei einem Beschäftigungsgrad von 30 %) bis 19. Mai 2009 (Urk. 7/11/13-14).

3.1.3.1 Darauf wurde die Beschwerdeführerin am 27. April 2009 in der Klinik für H. ___ des A. ___ untersucht. Die Beschwerdeführerin klagte über progrediente Kurzatmigkeit und ein wiederkehrendes Stechen im Brustwirbelbereich. Sie erklärte, körperliche Anstrengungen seien kaum möglich, schon bei kurzer Belastung komme es zu grossen Problemen mit Dyspnoe und Müdigkeit. Darauf nannten die untersuchenden Ärzte in ihrem Bericht vom 29. April 2009 die (vor-)erwähnten Diagnosen (Urk. 7/11/11-12).

3.1.4.1 Die Ärzte der I. ___ gaben nach einer stationären Rehabilitation der Beschwerdeführerin vom 17. Juni bis zum 4. Juli 2009 in ihrem Austrittsbericht vom 7. Juli 2009 (Urk. 7/11/7-9 [= IV-Bericht vom 14. Oktober 2010, Urk. 7/32]) die bekannten Diagnosen und zudem folgende Lungenfunktionsdiagnostik an:

- LuFu vom 26. März 2009: FVC 78 % (2,67 l), FEV1 82 % (2,42 l), FEV1/FEVC 91 %

- LuFu vom 2. Juli 2009: FVC 92,2 % (3,23 l), FEV1 103 % (3,1 l), FEV1/FVC 96 %.

Die behandelnden Ärzte dieser Klinik führten aus, der Rehabilitationsverlauf habe sich komplikationslos gestaltet; die vereinbarten Ziele hätten erreicht werden können. Die Beschwerdeführerin habe in verbessertem Allgemeinzustand und gesteigerter Leistungsfähigkeit in das häusliche Umfeld und in die ambulante Weiterbehandlung entlassen werden können (Urk. 7/11/7-9). Die am 2. Juli 2009 durchgeführte Lungenfunktionsdiagnostik habe eine unauffällige Lungenfunktion gezeigt; eine Erklärung für die Dyspnoe und die subjektiv asymmetrische Atemwahrnehmung habe nicht gefunden werden können. Der HADS-Test für Angst sei positiv. Differentialdiagnostisch würden auch Panikattacken in Frage kommen. Gesamthaft habe die Beschwerdeführerin ihre Leistungsfähigkeit steigern können, sodass sie bei subjektiver Verbesserung der Dyspnoe unter Reduktion der Schmerzen in der Lauftherapie 70 Minuten mobil gewesen sei. Der Ruhepuls habe kurz vor Austritt bei 82 pro Minute gelegen und die Sauerstoffsättigung in Ruhe 96 % betragen. Im 6-Minuten-Gehtest habe sich die Beschwerdeführerin auf 510 m steigern können. Als Therapievorschlüsse nannten die Ärzte Physiotherapie, insbesondere Atemtherapie sowie Kraft- und Ausdauertraining. Bei Dyspnoeattacken werde bedarfsweise Medikation mit Temesta 1,0 empfohlen. Als Reservemedikation, bei längerfristigen Problemen, sollte gegebenenfalls der Einsatz eines sedierenden Antidepressivums in Erwägung gezogen werden, beispielsweise Remeron. Die Beschwerdeführerin sei aktuell noch bis zum 10. Juli 2009 zu 100% arbeitsunfähig. Hinsichtlich des Wiedereinstiegs werde eine stufenweise und symptomadaptierte Reintegration mit schrittweiser Steigerung der Arbeitsfähigkeit empfohlen.

3.1.5 Die seit 10. Dezember 2008 behandelnde Dr. med. J.____, Spezialärztin FMH für Allgemeinmedizin, attestierte am 23. Juli 2009 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit "von 11/08 bis jetzt" (Urk. 7/11/1-5).

Die in der gleichen Praxis (K.____) weiterbehandelnde Dr. D.____ gab am 24. April 2010 in Bezug auf die körperlichen, geistigen und psychischen Leiden folgende Nachteile an: eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit, Dekonditionierung, keine Fitness, Tendenz zu Hoffnungslosigkeit, Resignation, Depression und Atemnot (Urk. 7/27/2).

Med. pract. L.____ und lic. phil. C.____ (delegierte Psychologin des Gesundheitszentrums) gaben am 2. Juli 2010 als Diagnosen eine hypochondrische Störung nach zweimaligem Pneumothorax (ICD-10 F45.2), eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) und eine Krise bei Veränderungen der sozialen Situation an (Urk. 7/29).

Am 3. September 2010 erklärte Dr. D.____, sie könne die Auswirkungen der festgestellten Einschränkungen auf die Arbeitsfähigkeit nicht beurteilen (Urk. 7/31/2-3, Ziff. 1.7, 1.8).

3.1.6 Darauf beurteilte am 19. November 2010 med. pract. B.____ vom RAD die medizinische Aktenlage. Sie hielt fest, der aktuelle IV-Bericht der I.____ vom 14. Oktober 2010 ergebe keine neuen Erkenntnisse im Vergleich zum Austrittsbericht vom 7. Juli 2009; die Beschwerdeführerin sei dort zuletzt bei Austritt am 4. Juli 2009 gesehen worden. Aus den Berichten von Dr. D.____ liessen sich ausser subjektiv geklagte Beschwerden keine massgeblichen objektiven Befunde beziehungsweise Funktionseinschränkungen

entnehmen, die eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit begründen würden. Die Indikation einer EFL sei weder begründet noch nachvollziehbar. Weder eine von lic. phil. C.____ postulierte hypochondrische Störung noch eine leichte depressive Episode und/oder eine Krise bei Veränderung der sozialen Situation seien geeignet, aus versicherungsmedizinischer Sicht eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit zu begründen. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht nötig (Feststellungsblatt vom 22. November 2010 [Urk. 7/33/3]).

3.1.7.1 Am 9. Dezember 2010 empfahl die behandelnde Psychologin lic. phil. C.____, die Beschwerdeführerin solle bei ihrem beruflichen Wiedereinstieg unterstützt werden, wobei sie jedoch derzeit aufgrund ihrer Ängste und Panikattacken nicht zu 100 % arbeitsfähig sei (Urk. 3/2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Daraufhin äusserte sich Dr. D.____ am 13. Dezember 2010 wie folgt neu zur Arbeitsfähigkeit: Die Beschwerdeführerin sei immer noch - auch zu Hause - nur sehr eingeschränkt belastbar. Sie könne den Haushalt nur mit Hilfe der zwei halbwöchigen Söhne bewältigen, keine schweren Dinge heben (Wäsche, Einkäufe), nicht Staubsaugen und leichtere Haushaltarbeiten nur mit vielen Pausen erledigen. Die Beschwerdeführerin leide verstärkt an Schmerzen im Brustkorb und Atemnot. Langes Stehen und Gehen seien ihr jedenfalls unmöglich. Die Panikattacken, die sich in Form von Atemnotattacken äusserten, träten immer noch teilweise unvermittelt auf und hätten invalidisierenden Charakter. Die angestammte Tätigkeit in der Gastronomie sei nicht mehr passend, sie empfehle einen Arbeitsversuch mit Hilfe der Invalidenversicherung in einer sitzenden Tätigkeit (Büroarbeit, versuchsweise zu 20 % bis 30 % [Urk. 3/3]).

3.2.1 In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin liegen somit divergierende medizinische Beurteilungen vor, aber vor allem die versicherungsinterne Beurteilung von med. pract. B.____ vom 19. November 2010, auf welche sich die Beschwerdegegnerin in diesem Verfahren zur Hauptsache stützt, ist als umfassend zu beurteilen. Diese wurde zwar ohne persönliche Untersuchung, jedoch in Kenntnis sämtlicher Vorakten, welche über die Ergebnisse der durchgeführten Untersuchungen Aufschluss geben, abgegeben. Die Beurteilung von med. pract. B.____ leuchtet sodann in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die darin enthaltenen Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar und klar begründet. Ihre Einschätzung steht insbesondere im Einklang mit dem Austrittsbericht der I.____ vom 7. Juli 2009, in welchem der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit nur bis 10. Juli 2009 attestiert und anschliessend eine schrittweise Steigerung der Arbeitsfähigkeit empfohlen wurde (Urk. 7/11/7-9 [= IV-Bericht vom 14. Oktober 2010, Urk. 7/32]). Die Schlussfolgerungen der RAD-Ärztin stimmen im übrigen auch mit denen von Prof. Z.____ (Urk. 7/11/15 und 16) und den Ärzten der Klinik für H.____ am Universitätsspital A.____ (Urk. 7/11/12) überein; in den entsprechenden Arztberichten wird zu mehr Belastung bzw. regelmässiger sportlicher Betätigung/Krafttraining geraten. Somit stellt die interne Aktenbeurteilung von med. pract. B.____ eine beweiskräftige medizinische Grundlage dar (BGE 123 V 334).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In Bezug auf den Bericht von med. pract. L.____ und lic. phil. C.____ vom 2. Juli 2010 ist sodann festzustellen, dass darin zwar eine hypochondrische Störung, eine leichte depressive Episode und eine Krise bei Veränderungen der sozialen Situation als Diagnosen erwähnt wurden, dass jedoch keine Arbeitsunfähigkeit attestiert, sondern

einzig die Unterstützung der Beschwerdeführerin bei ihrem beruflichen Wiedereinstieg empfohlen wurde (Urk. 7/29).

Das Vorbringen der Beschwerdeführerin, die Beurteilung von med. pract. B. ___ stehe in klarem Widerspruch zur Einschätzung sämtlicher behandelnder Ärzte und Therapeuten (Urk. 1 S. 2), erweist sich demnach klar als nicht stichhaltig. Hinsichtlich der - tatsächlich teilweise eine Arbeitsunfähigkeit attestierenden - Berichte von Dr. D. ___ - und ebenso hinsichtlich derjenigen von Psychologin lic. phil. C. ___ (vgl. Urk. 3/2) - ist festzustellen, dass sich diese offensichtlich selbst widersprechen (beispielsweise der Bericht vom 3. September 2010, in welchem Dr. D. ___ erklärte, sie könne die Auswirkungen der festgestellten Einschränkungen auf die Arbeitsfähigkeit nicht beurteilen [Urk. 7/31/2-3, Ziff. 1.7, 1.8] und deren anderslautenden, eine Arbeitsunfähigkeit bestätigenden Bericht vom 13. Dezember 2010). Bezüglich dieser Berichte darf und muss auch berücksichtigt werden, dass Hausärzte oder regelmässig behandelnde Spezialärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung erfahrungsgemäss im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 2. April 2007, I 551/06, E. 4.2; vgl. auch BGE 125 V 353 E. 3a/cc).

Für die Beurteilung der trotz der gesundheitlichen Beschwerden bestehenden Arbeitsfähigkeit (oder die Fähigkeit sich im Haushalt zu betätigen) ist somit auf die Beurteilung von med. pract. B. ___ abzustellen, gemäss welcher aus medizinischer Sicht keine anhaltende IV-relevante Arbeitsunfähigkeit bei der Beschwerdeführerin vorliegt.

Die Beschwerdegegnerin hat damit das Fehlen einer Arbeitsunfähigkeit mit dem im Sozialversicherungsrecht anwendbaren Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen; zusätzliche medizinische Abklärungen sind in antizipierter Beweiswürdigung nicht durchzuführen (BGE 122 V 162).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass mangels Arbeitsunfähigkeit weder ein Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung noch ein solcher auf berufliche Massnahmen besteht (vgl. zu letzterem BGE 124 V 110 f. E. 2a und b mit Hinweisen).

Die angefochtene Verfügung vom 22. November 2010 erweist sich folglich als rechtmässig, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung) und auf Fr. 600.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin 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.