

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.01043 vom 28. März 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-03-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2008.01043](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2008.01043)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.01043 du 28 mars 2010

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.01043 del 28 marzo 2010

## Erwägungen

### E. 1

1.1. Im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen bzw. zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich - in Form einer Verfügung bzw. eines Einspracheentscheids - Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung bzw. der Einspracheentscheid den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit keine Verfügung bzw. kein Einspracheentscheid ergangen ist (BGE 131 V 164 E. 2.1; 125 V 413 E. 1a S. 414).

1.2. Berufliche Massnahmen bildeten nicht Gegenstand des Vorbescheids vom 2. Juli 2008 (Urk. 8/46) und der Verfügung vom 26. September 2008 (Urk. 2). Entsprechend fehlt es diesbezüglich an einem Anfechtungsgegenstand, weshalb auf den Antrag des Beschwerdeführers, es sei ein Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen zu überprüfen (vgl. Urk. 1 S. 1), nicht einzutreten ist.

### E. 2

2.1. Die Verwaltung hat die massgebenden Gesetzesbestimmungen über den Umfang des Rentenanspruchs (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG), die Bemessung der Invalidität aufgrund des Einkommensvergleichs (Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) sowie die Änderung des Anspruchs (Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV) zutreffend dargelegt (Urk. 2 S. 2). Darauf kann mit den folgenden Ergänzungen verwiesen werden:

2.2. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 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).

2.3. Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezieherin oder eines Rentenbeziegers 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. Die Invalidenrente ist somit nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 349 f. Erw. 3.5, 117 V 199 Erw. 3b, 113 V 275 Erw. 1a mit Hinweisen). Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 133 V 108 Erw. 5.4). 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 und alt Art. 41 IVG dar (BGE 112 V 372 Erw. 2b mit Hinweisen; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 204 Erw. 3a; Urteil des Bundesgerichts in Sachen C. vom 3. November 2008, 9C\_562/2008, Erw. 2.1).

2.4 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffermässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 349 Erw. 3.4.2 mit Hinweisen).

2.5 Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzielttes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 76 f. Erw. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 475 Erw. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 476 Erw. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, welcher Wert etwas tiefer ist als die bis 1998 betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit von wörtlich 41,9 Stunden, seit 2008 von 41,6 Stunden (Die Volkswirtschaft 10-2009 S. 90 Tabelle B9.2; BGE 129 V 484

Erw. 4.3.2, 126 V 77 f. Erw. 3b/bb, 124 V 322 Erw. 3b/aa; AHI 2000 S. 81 Erw. 2a).

2.6. Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 Erw. 5.2).

2.7. Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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 in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

### E. 3

3.1. Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die ganze Rente zu Recht auf eine Viertelsrente herabgesetzt hat. Dies hängt davon ab, ob sich der Invaliditätsgrad während des Zeitraums zwischen dem Erlass der Verfügung vom 10. Januar 2001 (Urk. 8/15) und der Verfügung vom 26. September 2008 (Urk. 2) in einer anspruchserheblichen Weise verändert hat (BGE 130 V 349 f. Erw. 3.5 mit Hinweisen).

3.2. Die Beschwerdegegnerin begründete die Herabsetzung der ganzen Rente auf eine Viertelsrente in der Verfügung vom 26. September 2008 mit einer Verbesserung des Gesundheitszustands seit März 2008. So sei dem Beschwerdeführer eine behinderungsangepasste Tätigkeit seit März 2008 im Umfang von 70 % zuzumuten. Die Invaliditätsbemessung ergebe bei Berücksichtigung eines Abzuges von 15 % vom Invalideneinkommen einen Invaliditätsgrad von 46 %, was zur Ausrichtung einer Viertelsrente führe (Urk. 2 S. 2 f.).



Depression mit ihren psychischen und somatischen Komponenten begründete weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Die hochdosierte Pharmakotherapie bringe Linderung, aber keine Besserung des Gesamtzustands respektive der Krankheit (Urk. 8/20 Ziff. 2). Der Gesundheitszustand sei stationär völlig schlecht, die Befunde seien unverändert und der Leidensdruck nach wie vor gross (Urk. 8/20 Ziff. 3).

Weder der Gesundheitszustand noch die Arbeitsunfähigkeit hätten sich verändert (Urk. 8/20/3).

5.2 Das im Auftrag der Beschwerdegegnerin von Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, erstellte Gutachten vom 27. März 2008 (Urk. 8/35/1-46) basierte auf einer Untersuchung vom 11. März 2008 (Urk. 8/35/2). Im Gutachten wurden zuerst die Anamnese (Urk. 8/35/3-9), die beigezogenen Akten (Urk. 8/35/10-14), die subjektiven Angaben des Versicherten (Urk. 8/35/15-17) sowie die objektiven Befunde inklusive Testdiagnostik und Labor (Urk. 8/35/18-21) wiedergegeben.

Dr. H.\_\_\_\_ diagnostizierte eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0). Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er ein Abhängigkeitssyndrom durch Tabak, ständiger Substanzgebrauch (ICD-10 F17.25; Urk. 8/35/22 Ziff. 4.1-2).

In seiner Beurteilung führte Dr. H.\_\_\_\_ aus, es liege eine Komorbidität mit einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode vor. Es bestehe ein leichter sozialer Rückzug; ein verfestigter, nicht mehr therapierbarer Verlauf einer Konfliktbewältigung sei nicht erkennbar. Die Begleitumstände der Schmerzproblematik führten im jetzigen Zeitpunkt nicht zu einer Unzumutbarkeit einer Schmerzüberwindung, sondern reduzierten lediglich die Arbeits- und Leistungsfähigkeit (Urk. 8/35/24).

Aufgrund der Somatisierungsstörung und der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode bestehe in einem Arbeitsumfeld, in welchem die Vorgesetzten über das Krankheitsbild und über das Vermeidungsverhalten des Beschwerdeführers informiert seien, bei ganzjährigem Arbeitspensum eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 30 % (Urk. 8/35/25, Urk. 8/35/27 lit. B Ziff. 3, lit. C Ziff. 3.1-4). Dem Beschwerdeführer seien sämtliche Hilfsarbeiten zuzumuten, nicht aber zur Zeit die bisherige Tätigkeit als Chauffeur (Urk. 8/35/26 lit. B Ziff. 2.2, lit. C Ziff. 3).

5.3 Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in seinem zuhause der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers verfassten Bericht vom 30. April 2008 (Urk. 3) eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11), eine Panikstörung (ICD-10 F41.0) und ein Benzodiazepinabhängigkeitssyndrom (ICD-10 F13.2).

Der Beschwerdeführer sei aufgrund seines komorbiden psychiatrischen Leidens zu 100 % arbeitsunfähig. Zur Stabilisierung des psychischen Zustands empfahl Dr. I.\_\_\_\_ eine Hospitalisation in einer psychiatrischen Klinik (Urk. 3).

## E. 6

6.1 Aufgrund der medizinischen Akten, insbesondere des Gutachtens von Dr. H.\_\_\_\_ vom 27. März 2008 (Urk. 8/35/1-46), ist hinreichend belegt, dass der

Beschwerdeführer an einer Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) und einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0) leidet, welche ihn in seiner Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen. Die Befunde sind allerdings nicht derart schwerer Natur, dass sie den Beschwerdeführer nach gutachterlicher Auffassung in einer Weise beeinträchtigen, dass, obwohl er in der bisher ausgeübten Tätigkeit als Chauffeur zu 100 % arbeitsunfähig ist, eine weitere Ausübung einer ganzjährigen behinderungsangepassten Tätigkeit mit einer Leistungseinschränkung von 30 % unzumutbar wäre.

Das im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholte Gutachten von Dr. H. \_\_\_ vom 27. März 2008 (Urk. 8/35/1-46) ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Situation ein; die Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar begründet. Das Gutachten erfüllt in diesem Umfang somit die praxisgemässen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. vorstehend Erw. 2.7), weshalb den darin enthaltenen Ausführungen voller Beweiswert zukommt.

Der Beschwerdeführer machte gestützt auf den Bericht von Dr. I. \_\_\_ vom 30. April 2008 (Urk. 3) geltend, sein Zustand habe sich zu einer mittelgradigen Episode entwickelt, und er sei zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 1 S. 2).

Anlässlich der von der Beschwerdegegnerin durchgeführten Berufsberatung gab der Beschwerdeführer zu Protokoll, er fühle sich momentan aufgrund seines psychischen Leidens zu keiner beruflichen Tätigkeit in der Lage (Urk. 8/43/1). Dr. H. \_\_\_ gelang es im Rahmen der Testdiagnostik nachzuweisen, dass beim Beschwerdeführer Hinweise auf ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten vorliegen (Urk. 8/35/20). Trotzdem traut und mutet sich der Beschwerdeführer jedoch gewisse Aktivitäten zu, wie das Resultat des MI-Fragebogens aufzeigt. So kann der Beschwerdeführer beispielsweise alleine oder in Begleitung mit dem Flugzeug oder Schiff reisen, auf der Strasse gehen oder sich auf offenen Plätzen (z.B. Strassen, Hänge) aufhalten, und er vermeidet lediglich selten alleine oder in Begleitung Supermärkte (Urk. 8/35/24-25, Urk. 8/35/35). Deshalb empfahl Dr. H. \_\_\_, zunächst mit dem Beschwerdeführer unter Einbezug seiner Familienangehörigen das Krankheitsmodell zu klären und parallel eine berufliche Reintegration in einem Arbeitsumfeld in Angriff zu nehmen, in welchem die Vorgesetzten über das Krankheitsbild und das Vermeidungsverhalten informiert seien. Nach der Klärung des Krankheitsmodells sei der Beschwerdeführer in einer ambulanten psychopharmakologischen Psychotherapie konsequent anzuhalten, sein Vermeidungsverhalten zu überwinden und auf den Einsatz von Temesta und anderen Medikamenten, welche abhängig machen könnten und bei denen eine Toleranzentwicklung entstehen könnten, zu verzichten. Ansonsten drohe anlässlich der beruflichen Reintegration ein Abhängigkeitssyndrom, habe doch der Beschwerdeführer bereits während des Untersuchungsgesprächs, als seine Zukunft thematisiert worden sei, zusätzlich Temesta eingenommen (Urk. 8/35/18). Wenn der Beschwerdeführer sein Vermeidungsverhalten überwinde, sei die Prognose innerhalb weniger Monate günstig (Urk. 8/35/25).

Der Beschwerdeführer machte beschwerdeweise geltend, es müsse zuerst ein Entzug mit begleitender medikamentöser und therapeutischer Behandlung durchgeführt werden, bevor die Arbeitsfähigkeit neu beurteilt werden könne (Urk. 1

S. 2). Angesichts der von Dr. H.\_\_\_\_ gestellten Prognose nach Klärung des Krankheitsmodells und einer ambulanten Therapie ist nicht nachvollziehbar, weshalb der Beschwerdeführer der Empfehlung von Dr. H.\_\_\_\_ nicht bereits Folge geleistet hat. Die Arbeitsfähigkeit ist vielmehr ohne vorgängigen Entzug und Behandlung gestützt auf das Gutachten von Dr. H.\_\_\_\_ zu beurteilen.

Dr. H.\_\_\_\_ bejahte zwar eine Komorbidität bei einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode, verneinte jedoch im Zeitpunkt der Begutachtung eine Unzumutbarkeit der Schmerzüberwindung. Dies ist insofern nachvollziehbar, als lediglich Hinweise auf ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten vorliegen und die Aufmerksamkeit, Konzentration und das Gedächtnis sowie der Antrieb des Beschwerdeführers unauffällig sind, und das formale Denken lediglich leicht auf seine körperlichen Beschwerden eingeengt, jedoch geordnet und nicht verlangsamt ist (Urk. 8/35/18).

Im Gegensatz zu Dr. I.\_\_\_\_ beurteilte Dr. H.\_\_\_\_ die Arbeitsfähigkeit ausdrücklich unter Berücksichtigung der Zumutbarkeit einer Schmerzüberwindung. In diesem Lichte gesehen entbehrt die von Dr. I.\_\_\_\_ attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit einer überzeugenden Begründung, zumal aus seinem Bericht nicht zu entnehmen ist, gestützt auf welchen selbst erhobenen Befunde er im Unterschied zu Dr. H.\_\_\_\_ eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom, eine Panikstörung und ein Benzodiazepinabhängigkeitssyndrom diagnostizierte. Ebenso wenig unterschied er zwischen der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und einer behinderungsangepassten Tätigkeit.

Vor diesem Hintergrund vermag die von Dr. H.\_\_\_\_ abweichende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. I.\_\_\_\_ nicht zu überzeugen, weshalb sein Bericht nicht geeignet ist, die Schlüssigkeit des Gutachtens in Frage zu stellen. Im Vergleich zu 2001 leidet der Beschwerdeführer gestützt auf die von Dr. H.\_\_\_\_ erhobenen Befunde nicht mehr an einer anhaltenden (rezidivierenden) depressiven Störung, damals schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.21), sondern an einer rezidivierenden Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10: F33.0). Es rechtfertigt sich somit, eine erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustands ab dem Zeitpunkt der psychiatrischen Begutachtung durch Dr. H.\_\_\_\_ vom 11. März 2008 anzunehmen.

Die dargelegte Würdigung der ärztlichen Beurteilungen führt zusammenfassend zur Sachverhaltsfeststellung, dass die Arbeitsfähigkeit infolge einer Verbesserung des Gesundheitszustands für behinderungsangepasste Tätigkeiten wie Hilfsarbeiten, in welchen die Vorgesetzten über das Krankheitsbild und das Vermeidungsverhalten informiert sind, 70 % beträgt.

Aus dem Vergleich des an die Nominallohnentwicklung angepassten Valideneinkommens von gerundet Fr. 65'897.-- (13 x Fr. 4'500.-- x 1.003 x 1.013 x 1.025 x 1.018 x 1.014 x 1.009 x 1.01 x 1.012 x 1.016) mit dem Invalideneinkommen von gerundet Fr. 35'786.-- nach Berücksichtigung einer 70%igen Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit sowie eines Leidensabzugs von 15 % (12 x Fr. 4'732.-- : 40 x 41.7 x 1.016 x 0,7 x 0.85) resultiert für das Jahr 2007 eine Lohneinbusse von Fr. 30'111.-- und demnach ein Invaliditätsgrad von gerundet 46 % (Urk. 2).

Die Invaliditätsbemessung der Beschwerdegegnerin (Urk. 8/43/2, Urk. 8/44/4) ist nicht zu beanstanden, zumal sie den Akten (vgl. Urk. 8/4 Ziff. 20) und der Rechtslage (vgl. Erw. 2.5-6; Die Volkswirtschaft 3-2010, Tabelle B10.2 beziehungsweise B9.2, S. 94 f.; Die Schweizerische Lohnstrukturerhebung 2006, LSE, S. 25, Tabelle TA1, Rubrik ■Total■, Anforderungsniveau 4, Männer) entspricht. Ausserdem wurde sie nicht bestritten (Urk. 1).

Es ist daher von einem Invaliditätsgrad von 46 % auszugehen, welcher den Anspruch auf eine Viertelsrente begründet.

Zusammenfassend erweist sich die angefochtene Verfügung als rechtmässig, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist, soweit darauf einzutreten ist.

Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Verfahren für den unterliegenden Beschwerdeführer kostenpflichtig. Die Kosten sind unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) ermessensweise auf Fr. 700.-- festzusetzen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit auf sie eingetreten wird.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Patientenstelle Zürich
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

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.