

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2004.00459 vom 27. Januar 2005

ZH Sozialversicherungsgericht, 2005-01-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2004.00459

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2004.00459 du 27 janvier 2005

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2004.00459 del 27 gennaio 2005

Erwägungen

E. 2

2.1. Der Beschwerdeführer führte aus, dass zu Unrecht davon ausgegangen werde, sein Gesundheitszustand habe sich seit Juni 2003 nicht verschlechtert. Die Einschränkung seiner Arbeitsfähigkeit sei derart, dass mindestens ein Invaliditätsgrad von 70 % vorliege. Dies sei allenfalls durch ein neues Gutachten festzustellen (Urk. 1 S. 3).

2.2. Die Beschwerdegegnerin hielt dem entgegen, der Beschwerdeführer beziehe seit 1. Januar 1996 bei einem Invaliditätsgrad von 61 % eine halbe Invalidenrente bei einer bisher nie mehr verwerteten Restarbeitsfähigkeit von 50 % in einer behinderungsangepassten Tätigkeit. Eine Revision im Jahre 2000 habe trotz geltend gemachter Verschlechterung des Gesundheitszustandes keine Änderung des Invaliditätsgrades ergeben. Anlässlich der Revision im Oktober 2003 sei erneut ein verschlechterter Gesundheitszustand geltend gemacht worden, insbesondere ein verschlimmter depressiver Zustand und ein cervico-lumbospondylogenes Syndrom (Urk. 2 S. 2 Ziff. I 3.). Die angedeutete Verschlechterung des Gesundheitszustandes sei nicht ausgewiesen, weswegen am bisherigen Invaliditätsgrad von 61 % festgehalten werde. Seit 1. Januar 2004 werde dem Beschwerdeführer aufgrund der eingetretenen Gesetzesrevision eine Dreiviertelsrente ausbezahlt (Urk. 2 S. 1 Ziff. I 1).

2.3. Streitig und zu präzisieren ist demzufolge, ob sich seit der Verfügung vom 31. Oktober 1998 (Urk. 10/5), womit die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer auf der Basis eines Invaliditätsgrades von 61 % eine halbe Invalidenrente zugesprochen hatte bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheides vom 8. Juni 2004 (Urk. 2) der massgebliche medizinische und/oder wirtschaftliche Sachverhalt in einer für den Rentenanspruch so erheblichen Weise geändert hat, dass dem Beschwerdeführer nunmehr eine ganze Rente der Invalidenversicherung zusteht, oder ob weitere medizinische Abklärungen für diese Beurteilung als notwendig erscheinen. Der Mitteilung vom 23. Juni 2000 (Urk. 10/8) kommt bei der Bestimmung des zeitlichen Vergleichsraums keine Bedeutung zu, da sie lediglich die ursprüngliche Rentenverfügung bestätigt (Erw. 1.5).

3. 3.1.

3.1. Dr. med. C. führte in seinem Bericht vom 5. Juli 1996 aus, beim Beschwerdeführer sei am Arbeitsplatz 1994 erstmals ein Anfall ohne Bewusstlosigkeit, Zungenbiss oder Schaum vor dem Mund aufgetreten (Urk. 10/21 Ziff. 4.1). Er sei nur mäßig und blass gewesen. Im November 1995 und danach am 8. Januar 1996 habe er je einen weiteren Anfall erlitten. Letzterer habe sich während einer Novodyn-Therapie in der Praxis ereignet. Der Beschwerdeführer sei wiederum mäßig und blass gewesen und

habe leichte Zuckungen in den Extremitäten ohne Bewusstlosigkeit gehabt. Nach einer Stunde sei es ihm wieder besser gegangen. Der Fall sei sehr kompliziert, da der Beschwerdeführer zuerst an einer langandauernden Bronchitis, resistent gegen sämtliche therapeutischen Massnahmen, und in der Folge an drei Anfällen ohne Bewusstseinsverlust gelitten habe (Urk. 10/21 Ziff. 4.1).

3.2 Die Ärzte der Klinik D. ___ führten in ihrem Bericht vom 20. Juni 1996 aus, beim Beschwerdeführer lasse sich aufgrund eines EEG Long-Term Monitoring mit Video die Verdachtsdiagnose einer Epilepsie weder bestätigen noch ausschliessen (Urk. 10/23/7). Eher ungewöhnlich sei, dass der Beschwerdeführer bei zwei der drei Anfälle die Krämpfe voll realisiert haben soll, was - falls tatsächlich epileptisch bedingt - lediglich bei reinen klonischen Konvulsionen beziehungsweise bei leichten tonischen Verkrampfungen prinzipiell möglich sei. Aufgrund der sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten bleibe es, trotz Dolmetscherin, unklar, ob es sich tatsächlich um echte, epileptische konvulsive Anfälle gehandelt habe (Urk. 10/23/7).

3.3 Am 9. Januar 1998 wurde ein Gutachten der Medizinischen Abklärungsstelle der Invalidenversicherung (MEDAS), Spital Z. ___, erstattet (Urk. 10/18). Gestützt wurde das Gutachten auf die Vorakten, auf ein kardiologisches, ein neurologisches, ein orthopädisches, ein psychiatrisches Konsilium sowie auf eine gemeinsame interdisziplinäre Besprechung (vgl. Urk. 10/18/1 S. 1).

Dr. med. E. ___, Facharzt Orthopädische Chirurgie FMH, führte in seinem Konsiliarbericht aus, es bestehe eine Druckdolenz und ein Rückenschmerz (im Liegen) der Dornfortsätze Th12-L1 (Urk. 10/18/2 S. 2). Die Muskulatur sei weich und indolent, kein Schmerz entlang des Ischias. Zehen- und Fersengang seien gut möglich. Die Schulterkonturen seien symmetrisch und im Bereich der Schultern bestünde kein Druckschmerz. Die seitliche Elevation über die Horizontale sei vor allem in Aussenrotation schmerzhaft. Im thoracolumbalen Übergang sei eine leichte linkskonvexe Skoliose feststellbar. Des Weiteren bestünden leichtgradige degenerative Veränderungen mit zum Teil überbrückender Spondylophytenbildung im Th9-Th11. Die von Seiten des Bewegungsapparates geschilderten Beschwerden, insbesondere die belastungsunabhängigen hochlumbalen Rückenschmerzen, könnten als allfällig bezeichnet werden und hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/18/2 S. 2).

Dr. med. F. ___ nahm die neurologische Untersuchung des Beschwerdeführers vor (Urk. 10/18/3). Er führte in seinem Bericht vom 27. November 1997 aus, der Beschwerdeführer sei zwischen Juli (richtig: 1994) und Februar 1995 wiederholt fachärztlich pneumologisch beurteilt und behandelt worden wegen einer massiven, akuten bis subakuten, diffusen, teils hämorrhagischen Tracheo-Bronchitis. In dieser Zeit seien erstmals anfallsartige Störungen mit generalisierten Krämpfen aufgetreten (November 1994). Eine daraufhin durchgeführte cranio-cerebrale Kernspintomographie am 15. November 1994 habe regelrechte Befundverhältnisse ergeben. Neuerliche anfallsartige Störungen hätten sich dann ein Jahr später im November 1995 und zuletzt im Januar 1996 ergeben (Urk. 10/18/3 S. 1). Aufgrund dieser anfallsartigen Störungen sei der Beschwerdeführer neurologisch weiter abgeklärt worden. Wegen eines auffälligen, aber nicht beweisenden EEG-Befundes sei eine Temporallappen-Epilepsie in Betracht gezogen worden. Die Verdachtsdiagnose habe sich

im Rahmen der in der Klinik D.____ durchgeführten Abklärungen weder beständigen noch sicher ausschliessen lassen. Als ungewöhnlich sei vermerkt worden, dass der Beschwerdeführer angegeben habe, bei zwei von drei Anfällen die Krämpfe voll realisiert zu haben (Urk. 10/18/3 S. 1). In Bezug auf die neurologischen Befunde führte Dr. F.____ aus, diese seien regelrecht. Ein Minimalbefund sei eine leicht schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule, vor allem für das Drehen nach rechts in den unteren Segmenten (Urk. 10/18/3 S. 2). Die vom Beschwerdeführer erlittenen fünf unklaren, anfallsartigen Störungen zwischen November 1994 und Januar 1996 liessen sich mit Ausnahme der letzten im Rückblick nur sehr schwer einordnen. Zum einen bestanden insoweit Widersprüche, als in den Unterlagen von grossen Anfällen geschrieben werde, zum anderen wolle der Beschwerdeführer bei einzelnen Anfällen die generalisierten Krämpfe bewusst wahrgenommen haben. Zudem sei nur einmal ein für eine Temporallappen-Epilepsie verdächtiger, aber nicht beweisender Befund erhoben worden (Urk. 10/18/3 S. 2). Aufgrund der vorliegenden Akten könne keine Indikation zur Aufnahme einer antiepileptischen Behandlung gestellt werden. Nachdem der Beschwerdeführer mehr als ein Jahr anfallsfrei geblieben sei, bestehe praktisch kein Argument für eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/18/3 S. 3).

Dr. med. G.____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, beurteilte den Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht in seinem Bericht vom 8. Dezember 1997 (Urk. 10/19). Darin machte er Ausführungen in Bezug auf die familiäre, berufliche, persönliche sowie auf die gesundheitliche Situation (Urk. 10/19 S. 1 ff.). Beim Beschwerdeführer lasse sich keine schwerwiegende psychische Erkrankung im Sinne einer Psychose, einer schweren Depression, eines hirnrorganischen Syndroms oder einer Suchtkrankheit diagnostizieren. Die körperlichen Beschwerden seien aber sichtlich psychisch überlagert. Dabei sei die Symptomatik so ausgeprägt und speziell, dass von einer Somatisierungsstörung gesprochen werden müsse (Urk. 10/19 S. 4 unten). Bei der Entwicklung der Somatisierungsstörung gelte zu beachten, dass der Beschwerdeführer gewisse depressive Züge sowie eine ausgesprochene Alexithymie zeige (Urk. 10/19 S. 5 oben). Mitentscheidend sei zudem seine schwierige Kindheitssituation. Dr. G.____ stellte die Diagnose einer Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0; Urk. 10/19 S. 5 Mitte). Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer für sämtliche Arbeiten zu 30 % eingeschränkt (Urk. 10/19 S. 5). Empfohlen wurde zudem eine Psychotherapie unter Einbezug der Ehefrau (Urk. 10/19 S. 5 unten).

Dr. med. H.____, Leitender Oberarzt Kardiologie, und Dr. med. I.____, Oberassistentarzt Kardiologie, führten am 3. Dezember 1997 eine ambulante kardiologische Abklärung des Beschwerdeführers durch (Urk. 10/18/4). In ihrem Bericht führten sie bezüglich der jetzigen Leiden aus, beim Beschwerdeführer beständen ein bis zweimal pro Monat selbstlimitierende tachykarde Palpitationen. Es bestehe weder eine Anstrengungsdyspnoe noch eine Orthopnoe. Insgesamt habe der Beschwerdeführer fünfmal das Bewusstsein verloren. Bei Arztbesuchen sei der Blutdruck mehrfach zu hoch gewesen (Urk. 10/18/4). Während der klinischen Untersuchung konnten in Bezug auf das Kardiovaskuläre nur Normalbefunde erhoben werden. Im EKG-Arbeitsversuch habe der Beschwerdeführer während zwei Minuten asymptomatisch 150 W geleistet, wobei keine signifikanten ST-Streckenveränderungen aufgetreten seien. Die Echokardiographie lieferte Normalbefunde. Das EKG sei pathologisch. Es fände sich ein linksanteriorer Hemiblock und präterminal negative T

Über der Vorderwand. Diesen pathologischen Befunden schrieben die Begutachter aufgrund des normalen EKG-Arbeitsversuches und des normalen echokardiographischen Befundes keine klinische Bedeutung zu. Es sei unwahrscheinlich, dass die Bewusstlosigkeiten des Patienten kardial bedingt seien (Urk. 10/18/4 S. 3 Mitte).

Im Anschluss an diese Beurteilung wurde ein Nachtrag angefertigt (Urk. 10/18/4 S. 3). Darin wurde Bezug genommen auf ein Telefongespräch am 10. Dezember 1997 mit Dr. med. J. ____, Facharzt Innere Medizin FMH, wonach der Beschwerdeführer nicht das Medikament Tegretol, sondern Trental zu sich nehme. Da der Beschwerdeführer trotz Hilfe eines Dolmetschers die Bewusstlosigkeiten nicht korrekt schildern könne, sei eine vernünftige Beurteilung seines Gesundheitszustandes nahezu unmöglich. Denn falls er Tegretol nicht zu sich nehme und eine Epilepsie definitiv ausgeschlossen sei, sei eine kardiale Ursache der vom Beschwerdeführer geschilderten Symptomatik nicht auszuschliessen. Insbesondere aufgrund der asymptomatischen Pausen im 24-Stunden-EKG empfahlen Dr. H. ____ und Dr. I. ____ einen zusätzlichen Tilt-table-Test (Urk. 10/18/4 S. 3).

Im Rahmen einer Gesamtbeurteilung nannten die Gutachter als Hauptdiagnosen mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit eine Somatisierungsstörung sowie unklare anfallartige Störungen, mit der Differentialdiagnose sekundär generalisierter epileptischer Anfälle kardialer Ursache (Urk. 10/18/1 S. 10 Ziff. 3.1). Sie stellten die Nebendiagnosen eines Verdachts auf eine arterielle Hypertonie, einer Hypercholesterinämie, einer anamnestisch einmaligen vegetativen Synkope, einer möglichen Teilruptur der Supraspinatussehne rechts sowie einer Spondylolyse Th9-11 (Urk. 10/18/1 S. 10 Ziff. 3.2).

Bezüglich der Arbeitsfähigkeit führten sie aus, unter Berücksichtigung des psychiatrischen Bildes und der selten auftretenden kurzdauernden Bewusstseinsstörungen, ohne zugrunde liegende evidente Myokarderkrankung müsse die Arbeitsfähigkeit auf dem Bau mit Besteigen und Begehen von Gerüsten und Leitern, sowie in ähnlichen Tätigkeiten, sowie für Tätigkeiten mit Lenken eines Motorfahrzeuges verneint werden (Urk. 10/18/1 S. 12 Ziff. 5.2). Bei Tätigkeiten, bei denen diese Expositionen nicht vorkämen, müsse aufgrund der gesamtheitlichen Beurteilung eine um 40 % verminderte Arbeitsfähigkeit angenommen werden - dies auch mit Berücksichtigung allfälliger Arbeitsunterbrüche durch die Ausfälle nebst dem psychiatrischen Leiden.

Sollte sich subjektiv die Anfallsfrequenz steigern, dann müsste nach Durchführung des vorgeschlagenen Tilt-Table-Tests durch die Kardiologen aufgrund der effektiv objektivierbaren Befunde eine neue Beurteilung durchgeführt werden (Urk. 10/18/1 S. 12 Ziff. 5.2).

Die Ärzte der Klinik V. ____, Spital W. ____, führten in ihrem Bericht vom 28. Oktober 2002 aus, der Beschwerdeführer beklage sich aktuell über drei verschiedene Beschwerden (Urk. 10/15/2). Erstens rund alle zwei Wochen über eine Episode mit hochparietalen Kopfschmerzen, drückend (mit oberflächlich brennender Komponente), ohne Aura oder vegetative Begleiterscheinungen, welche durch die Einnahme von Ponstan innerhalb von zwei bis drei Stunden verschwänden. Zweitens vor allem morgens beim Aufstehen Trümmel und Schwarzwerden vor den Augen. Drittens im August 2002 letztmaliger epileptischer Anfall mit Schweissausbruch, Nausea,

Zittern und Schwarzwerden vor den Augen, ohne Bewusstseinsverlust und nicht als generalisierter Krampfanfall (Urk. 10/15/2 S. 2, Jetzige Leiden, JL). Die Allgemeinstatusbeurteilung ergab eine frei bewegliche Halswirbelsäule sowie einen klopfindolenten Schädel und eine klopfindolente Wirbelsäule. Die Blutdruckmessung ergab Werte von 180/100 mmHg. Die Ärzte beurteilten die morgendlichen Trämme im Rahmen einer nicht gut eingestellten arteriellen Hypertonie. Sie hatten keinen Hinweis auf eine orthostatische Dysregulation gefunden. Das präsynkopale Ereignis von August 2002 sehen sie am ehesten im Rahmen der seit rund acht Jahren vermuteten Temporallappenepilepsie, obwohl diese niemals wirklich habe bewiesen werden können. Differentialdiagnostisch sei bei diesem letzten Ereignis auch an eine neurokardiogene Synkope oder an eine Hypoglykämie zu denken. Wegen der Seltenheit solcher Ereignisse könne aus neurologischer Sicht sicher auf eine antikonvulsive Therapie oder auf weitere Abklärungen verzichtet werden. Zusammenfassend stellten die Ärzte einen Verdacht auf Temporallappenepilepsie fest, sowie die Diagnose episodischer Kopfschmerzen, am ehesten vom Spannungstyp, und einer arteriellen Hypertonie (Urk. 10/15/2 S. 1). Sie müssten weiterhin das Auto-Fahren verbieten (Urk. 10/15/2 S. 2 unten). In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit wurde kommentarlos 60 % IV aufgeföhrt (Urk. 10/15/2 S. 1).

3.5 Dr. med. K.____, Facharzt für medizinische Radiologie FMH, Medizinisch Radiodiagnostisches Institut, Zürich, beurteilte in seinem Bericht vom 11. März 2003 das MRI der Lendenwirbelsäule des Beschwerdeführers (Urk. 10/15/3 = Urk. 10/16). Er führte aus, es liege eine sehr kleine mediolaterale bis foraminelle Diskushernie auf Höhe L5/S1 rechts vor, eventuell mit Nervenwurzelreizung von S1 rechts. Dieser Befund sei im Liegen radiologisch jedoch nicht signifikant pathologisch. Die Facettengelenke der mittleren und unteren Lendenwirbelsäule zeigten eine Hypointensität gelenkspaltnahe und eine Hyperplasie der Gelenkfacetten. Die Ligamenta flava seien ebenfalls prominent. Zudem bestehe eine mittelgradige Spondylarthrose der unteren Lendenwirbelsäule (Urk. 10/15/3).

3.6 Der seit Juni 1999 behandelnde Dr. med. L.____, Facharzt für Innere Medizin FMH, stellte in seinem Bericht vom 29. Oktober 2003 als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Temporallappenepilepsie, eine Depression, ein chronisches cervico-lumbospondylogenes Syndrom sowie eine chronische Periarthritis humero-scapularis rechts (Urk. 10/15/1).

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine arterielle Hypertonie (Urk. 10/15/1 lit. A.). Die Temporallappenepilepsie bestehe seit November 1994 (Urk. 10/15/1 lit. A), weswegen der Beschwerdeführer seither in seiner angestammten Tätigkeit als Baggerführer zu 100 % arbeitsunfähig sei (Urk. 10/15/1 lit. B). An Depressionen leide er seit 1998 und seit 1995 bestehe die chronische Periarthritis humero-scapularis (Urk. 10/15/1 lit. D.3). An der Supraspinatusansatzstelle rechts bestehe eine Druckdolenz (Urk. 10/15/1 lit. D.5). Zudem sei der Beschwerdeführer in einer depressiven Stimmungslage, leide an belastungsabhängigen Schulterschmerzen rechts und an Schwindelgefühlen beziehungsweise an Präsynkopen (Urk. 10/15/1 lit. D.4). Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verschlechtere sich (Urk. 10/15/1 lit. C.1).

E. 4

4.1 Das Gutachten der Ärzte der MEDAS ist umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben, ist in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend und seine Schlussfolgerungen sind begründet. Die praxisgemässen Kriterien (Erw. 1.6) sind damit erfüllt. Es kann auf die in diesem Gutachten vorgenommene Beurteilung abgestützt werden.

Analoges gilt für das Gutachten der Ärzte der Klinik V. ____, Spital W. ____.

4.2 Es kann festgestellt werden, dass in den aktenkundigen Berichten keine Hinweise auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers weder aus neurologischer, noch aus psychiatrischer noch aus orthopädischer / rheumatologischer Sicht ersichtlich sind.

Eine Häufung der Anfälle unbekannter Genese ist weder aktenkundig noch wurde sie geltend gemacht. Aktenkundig sind einzig jene Ereignisse vom November 1994, November 1995, Januar 1996 sowie August 2002 (vgl. vorstehend Erw. 3.3-4). Die Ärzte der Klinik V. ____, Spital W. ____ gingen in ihrem Bericht von rund einem präsynkopalen Ereignis pro Jahr aus (Urk. 10/15/2), womit jedoch ebenfalls keine Verschlechterung belegt wird. Des Weiteren wurden diesbezügliche therapeutische Massnahmen weder 1998 noch zu einem späteren Zeitpunkt als indiziert betrachtet.

Bezüglich des geltend gemachten cervico-lumbospondylogenen Syndroms ist anzufügen, dass der behandelnde Arzt, Dr. L. ____ dessen Bestehen als mehrjährig einstufte. Inwieweit dieses allenfalls eine zusätzliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen vermochte, nannte er nicht. Aus dem Bericht von Dr. K. ____ geht hervor, dass beim Beschwerdeführer eine sehr kleine Diskushernie im Bereich L5/S1 bestehe, welche nicht signifikant pathologisch sei. Zudem diagnostizierte er eine mittelgradige Spondylarthrose der unteren Lendenwirbelsäule, allerdings ohne eine allfällig darauf zurückzuführende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit anzuführen (vgl. vorstehend Erw. 3.5). Die Ärzte der Klinik V. ____ beurteilten die Wirbelsäule als druckindolent (vgl. vorstehend Erw. 3.4), was auf keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Vergleich zur Beurteilung durch Dr. E. ____ hindeutet, welcher im Liegen eine Druckdolenz sowie Rückenschmerz der Dornfortsätze Th12/L1 erwähnt hatte. Dr. E. ____ hatte ebenfalls leichtgradige degenerative Veränderungen mit zum Teil überbrückender Spondylophytenbildung im Bereich Th9-Th11 angeführt, welche als allfällig qualifiziert wurden. Die Lendenwirbelsäule wurde als gut beweglich eingestuft, bei einer Dolenz der mittleren Lendenwirbel (vgl. vorstehend Erw. 3.3; Urk. 10/18/1 S. 5). Die von Dr. F. ____ erwähnte minimal schmerzhaft, eingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule (vorstehend Erw. 3.3) wurde im Bericht der Ärzte der Klinik V. ____, Spital W. ____ im Oktober 2002 nicht mehr festgestellt (vgl. vorstehend Erw. 3.4). Deswegen ist diesbezüglich auch keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers ausgewiesen.

Im Rahmen des MEDAS-Gutachtens wurde der Beschwerdeführer psychiatrisch untersucht. Dr. G. ____ diagnostizierte keine schwerwiegende psychische Erkrankung, jedoch eine somatoforme Schmerzstörung, welche aus rein psychischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % rechtfertigte (vgl. vorstehend Erw.

3.3). Der behandelnde Arzt beschrieb einzig eine depressive Stimmungslage, welche seit 1998 bestehe. Namhafte anderweitige Auswirkungen derselben oder einer gravierenden psychischen Erkrankung wurden keine erwähnt (vgl. vorstehend Erw. 3.6).

Demzufolge lassen sich keine Hinweise auf eine nennenswerte Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers finden. Es bestehen Anzeichen für eine minimale Veränderung der unteren Lendenwirbelsäule, welche jedoch keinen Anlass für eine weitergehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gaben (vgl. vorstehende Erw. 3.5).

Die seitens des Beschwerdeführers geltend gemachte Verschlechterung des Gesundheitszustandes konnte weder durch die zusätzlich eingeholten Berichte (vgl. Erw. 3.4-5) noch durch die Angaben des behandelnden Arztes bestätigt werden. Letzterer erwähnte zwar eine generelle Verschlechterung des Gesundheitszustandes, führte jedoch an, sämtliche Beschwerden beständen bereits seit mehreren Jahren. Ausserdem attestierte er dem Beschwerdeführer einzig die bereits seit November 1994 bestehende vollständige Arbeitsunfähigkeit in seiner bisherigen Tätigkeit als Baggerführer (Erw. 3.6). Inwieweit sich eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes zusätzlich auf die Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit auszuwirken vermöchte, führte er nicht aus.

Zusammenfassend kann aus Gesagtem geschlossen werden, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit Erlass der rentenbegrenzenden Verfügung nicht ausgewiesenermassen geändert hat (Urk. 10/5). Demzufolge bleibt weder Raum noch Anlass für die Einholung eines weiteren Gutachtens. Weitere Gründe, welche geeignet wären, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu verändern, sind keine ersichtlich.

Somit erweist sich der Einspracheentscheid als rechtmässig und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Jörg Federspiel
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherung

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Eidgenössischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde eingereicht werden.

Die Beschwerdeschrift ist dem Eidgenössischen Versicherungsgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in dreifacher Ausfertigung zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Person oder ihres Vertreters zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheides und der dazugehörige

Briefumschlag sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die beschwerdeführende Person sie in Händen hat (Art. 132 in Verbindung mit Art. 106 und 108 OG).

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