



Abteilung II
B-4313/2011

Urteil vom 26. März 2013

Besetzung

Richterin Eva Schneeberger,
Richterin Franziska Schneider, Richter Frank Seethaler,
Gerichtsschreiberin Beatrice Grubenmann.

Parteien

A. _____,
vertreten durch Rechtsanwalt Francisco José Vázquez
Bürger,
Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Avenue Edmond-Vaucher 18, Postfach 3100, 1211 Genf 2,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenrente (Nichteintreten auf Revisionsgesuch);
Verfügung der IVSTA vom 5. Juli 2011.

Sachverhalt:

A.

A.a A. _____ (nachfolgend: Versicherter oder Beschwerdeführer) wurde am (...) 1949 geboren und ist spanischer Staatsangehöriger. Der Versicherte lebte von 1979 bis 1995 in der Schweiz, war während mehrerer Jahre als Maurer-Schalungsbauer erwerbstätig und entrichtete Sozialversicherungsbeiträge. Am 15. Dezember 1989 meldete er sich bei der eidgenössischen Invalidenversicherung zum Bezug von IV-Leistungen an (vgl. act. 124).

Die IV-Stelle des Kantons Waadt sprach dem Versicherten in der Folge mit Verfügung vom 17. Dezember 1993 eine volle Rente vom 1. Juni 1990 bis 31. Juli 1990, eine halbe Rente vom 1. August 1990 bis 31. Januar 1991 und eine volle Rente seit 1. Februar 1991 zu (vgl. act. 126-127).

Aufgrund der Wohnsitznahme des Versicherten in Spanien ab 1. November 1995 ging die Zuständigkeit von der IV-Stelle des Kantons Waadt an die Schweizerische Invalidenversicherung, IV-Stelle für Versicherte im Ausland (IVSTA, nachfolgend: Vorinstanz), über. Die Vorinstanz teilte dem Versicherten am 8. November 1995 mit, dass ihm ab November 1995 eine volle Rente zugesprochen werde (act. 141).

A.b 1996 leitete die Vorinstanz ein Revisionsverfahren ein (act. 144-150). Mit Verfügung vom 18. September 1997 bzw. nach Rückweisung durch die Rechtsmittelinstanz mit Verfügung vom 7. April 1999 setzte die Vorinstanz die Rente des Versicherten von einer ganzen auf eine halbe Rente herab.

A.c 2002 leitete die Vorinstanz erneut eine Revision ein (act. 181-193). Gestützt auf die von ihr in Spanien eingeholten Arztberichte – die ärztliche Bestätigung von Dr. med. M. _____ vom (offenbar) 22. November 2002 (act. 185), das ärztliche Attest von Dr. R. _____, Medizin und Chirurgie, vom 22. November 2002 (act. 184), den Befund von Dr. med. C. _____ vom 21. Januar 2003 zur Magnetresonanztomographie (nachfolgend auch: MRT) der Lendenwirbelsäule (act. 187), den ärztlichen Bericht von Dr. med. O. _____, Unfallmedizin und chirurgische Orthopädie, vom 24. Januar 2003 (act. 188) sowie den ärztlichen Bericht von Dr. med. B. _____ vom 3. März 2003 (act. 189) – kam Dr. med. L. _____ vom ärztlichen Dienst der Vorinstanz am 25. April 2003 zum Schluss, es

liege ein Lumbovertebralsyndrom bei Diskopathie L3/L4, L4/L5 und Diskushernie L5/S1 sowie ein mässiges broncho-obstruktives Syndrom vor. Sowohl beim bekannten Lumbovertebralsyndrom als auch bei der Bronchopathie scheine eine leichte Verschlechterung eingetreten zu sein; indes habe diese nicht das Ausmass, um den bisherigen Grad von Arbeitsunfähigkeit von 50% relevant zu verändern. Gestützt auf diese Beurteilung wurde der Versicherte mit Mitteilung vom 21. Mai 2003 darüber informiert, dass sich der Invaliditätsgrad nicht in einer Art und Weise verändert habe, die den Rentenanspruch beeinflusse (act. 194).

A.d Im März 2006 leitete die Vorinstanz ein weiteres Revisionsverfahren ein. Gestützt auf den von ihr in Spanien eingeholten ärztlichen Bericht von Dr. med. V._____ vom 27. April 2006 (act. 200) kam Dr. med. G._____ vom ärztlichen Dienst der Vorinstanz am 25. Oktober 2006 zum Schluss, es bestehe ein Bandscheibenvorfall L4-L5 und L5-S1 operiert, eine Lumbarthrose, Alkoholismus und Tabakabhängigkeit, ein Bronchialasthma, nach einem Verkehrsunfall im Jahr 2000 ein Schädelhirntrauma, Rippenfrakturen, Luxation der rechten Schulter und Riss des medialen Seitenbands des rechten Knies, sodann eine Hyperthyreose im Jahr 2005, Schmerzen im Knochen-Gelenk-System sowie eine chronische Gastritis (act. 201-202). Die Arbeitsunfähigkeit sei unverändert. Gestützt auf diese Beurteilung teilte die Vorinstanz dem Versicherten am 6. November 2006 mit, dass sich sein Invaliditätsgrad nicht in einer Art und Weise verändert habe, die den Rentenanspruch beeinflusse (act. 203).

A.e Auf Aufforderung der Vorinstanz reichte der Versicherte am 20. Juli 2009 ein ärztliches Attest von Dr. med. N._____, Medizin und Chirurgie, vom 17. Juli 2009 ein. Darin wurde dem Versicherten ein gemässiges anhaltendes Bronchialasthma, eine Polyarthrosis und eine Hyperthyreose bescheinigt (act. 210). In der Folge teilte die Vorinstanz dem Versicherten mit Schreiben vom 4. September 2009 mit, dass sich sein Invaliditätsgrad nicht in einer den Leistungsanspruch beeinflussenden Weise geändert habe (act. 214).

A.f Mit Gesuch vom 23. Februar 2011 beantragte der Versicherte eine Revision (act. 220) und reichte in diesem Zusammenhang neue Arztberichte aus Spanien ein, darunter den Arztbericht von Dr. med. Z._____, chirurgische Orthopädie, vom 14. Februar 2011 (act. 218). Darin diagnostizierte der Arzt die folgenden Leiden:

- Bandscheibenvorfall L5-S1, schon 1988 durch Magnetresonanztomographie festgestellt.

- Schwere degenerative Pathologie des Bandscheibenraums L5-S1.
- Fortgeschrittene Spondyloarthrose im Lendenbereich mit weitreichenden und bedeutenden degenerativen Verletzungen der Bandscheiben und posterioren Facettengelenke aller Lendenräume, sowie Laminektomie L4-L5 und Osteophyten in Richtung des Rückenmarkkanals.
- Fortgeschrittene Halswirbelarthrose mit degenerativen Verletzungen der Bandscheiben-Gelenke und grosse Osteophyten in C5-C6-C7.
- HWS-Schmerzen, die nach Schultern und Armen ausstrahlen, durch Wurzelreizung an C6 und C7, stärker ausgeprägt auf der rechten Seite.
- Kompletter Riss der Rotatorenmanschette (M. supraspinatus und infraspinatus) und Luxation des langen Kopfes des Biceps brachii mit bedeutenden schmerzhaften und funktionellen Nachwirkungen (auf 75-Grad eingeschränkte aktive Abduktion).
- Rechte Kniebeschmerzen aufgrund der medialen degenerativen Meniskus-Pathologie mit Verletzung des inneren Knorpels, Empfindung von Instabilität auf Treppen und unebenem Gelände, "Versagen" und reaktive, rezidivierende Synovialergüsse.
- Asthma bronchiale mit vorwiegend im Frühling häufigen Anfällen von Atemnot, Rhonchi und Pfeifen.

Der Arzt führte aus, die Prozesse bezüglich der Spondyloarthrose und Laminektomie verursachten anhaltende Schmerzen im Lendenbereich, die beidseits nach Gesäss, Trochanter und Schambein ausstrahlten, sowie rezidivierende Wurzelneuralgien vorwiegend links, Hyperlordose im Lendenbereich bei umfangreichem Abdomen, eine bedeutende Einschränkung der lumbalen Flexion/Extension, intensive Verspannungen im Lendenbereich, Dehnungsschmerz der linken Interkostalmuskeln und Schmerz beim Husten und Niesen.

Eine neue MRT aktuellen Datums der rechten Schulter zeige einen vollständigen Riss der Rotatorenmanschette der rechten Schulter mit Unterbrechung der Supraspinatus-, Infraspinatus- und Subscapularis-Sehnen, mit Erhöhung des Humerus-Kopfes und Retraktion der Muskelbäuche. Die radiologische Untersuchung zeige zudem metaplastische Verknöcherungen im Bereich des Trochanters und eine akromio-klavikuläre Arthrose.

Die durch das Asthma hervorgerufene broncho-pulmonale Erkrankung verursache Kurzatmigkeit bei geringer bis mittlerer Belastung und häufige Erstickungsempfindung, Empfindung von Luftmangel und Tachikardie mit

Extrasystolen durch Überbelastung des rechten Herzens (chronischer Cor pulmonale).

Die vielfältigen und schweren Pathologien, an denen der Versicherte im Wirbel-, Knochen-Gelenk- und Herz-Lungen-Bereich leide, führten zu einer bedeutenden Einschränkung jeglicher beruflichen Tätigkeit. Der Arzt attestierte dem Versicherten daher eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, auch in Bezug auf leichte und sitzende Tätigkeiten.

A.g Die Unterlagen wurden von Dr. med. Y._____, ärztlicher Dienst der Vorinstanz, in der medizinischen Stellungnahme vom 17. April 2011 gewürdigt (act. 222). Die Ärztin hielt fest, die letzte medizinische Stellungnahme der IVSTA datiere vom 25. Oktober 2006. Gegenüber diesem Bericht habe sich der Gesundheitszustand des Versicherten nicht rentenrelevant geändert. Die in den neu eingereichten Arztberichten aufgeführten Diagnosen seien allesamt bereits bekannt – das Cervicalsyndrom bei degenerativen Veränderungen der HWS, die chronisch asthmoide Bronchitis sowie vertebrale Rückenschmerzen seien bereits in der medizinischen Stellungnahme des Arztes der Vorinstanz im Februar 1998 erwähnt worden; der Unfall im Jahr 2000 mit u.a. Luxation der rechten Schulter und Binnenvletzungen des rechten Knies mit chronischen Schmerzen in diesen Gelenken und Funktionsausfall seien bereits im April 2006 erwähnt und in die Stellungnahme des Arztes der Vorinstanz im Oktober 2006 aufgenommen. Die zur aktuellen Revision eingereichten Dokumente zeigten keine seit der letzten Revision neu aufgetretenen Funktionsausfälle von Rentenrelevanz. Der Gesundheitszustand des Versicherten präsentiere sich unverändert. Der bisherige Grad der Arbeitsunfähigkeiten bleibe somit unverändert gültig. Gestützt auf diese ärztliche Stellungnahme teilte die Vorinstanz dem Versicherten mit Vorbescheid vom 28. April 2011 mit, dass sich aus den dem Revisionsgesuch beigefügten Unterlagen keine erhebliche Änderung des Invaliditätsgrads ergebe und daher das Revisionsgesuch nicht geprüft werden könne.

A.h Mit Verfügung vom 5. Juli 2011 trat die Vorinstanz auf das Revisionsgesuch nicht ein mit der Begründung, dass sich aus den medizinischen Berichten keine erhebliche Änderung des Invaliditätsgrads ergebe.

B.

Gegen diese Verfügung erhebt der Beschwerdeführer am 1. August 2011 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht und beantragt, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben, auf sein Revisionsgesuch sei einzu-

treten und sein tatsächlicher medizinischer Zustand und die daraus resultierende Erwerbsminderung sei im Rahmen einer gründlichen Begutachtung in der Schweiz und fachmedizinischen Abklärung nach schweizerischem Massstab festzustellen.

Zur Begründung macht der Beschwerdeführer geltend, die angefochtene Verfügung sei ihm nicht rechtskonform über den spanischen Versicherungsträger mittels der zusammenfassenden Verfügung nach EWG-Vordruck E 211 und der entsprechenden Übersetzung zugestellt worden. Die fehlerhaft zugestellte angefochtene Verfügung sei am 11. Juli 2011 beim Rechtsvertreter des Beschwerdeführers eingegangen (Posteingangsstempel).

Im Weiteren macht er geltend, sein Gesundheitszustand habe sich stark verschlechtert. Die Erkrankungen und gesundheitlichen Einschränkungen seien chronischer und progressiver Art. In den Arztberichten und medizinischen Gutachten seien die folgenden Erkrankungen beschrieben worden:

In Bezug auf die Schulter ein kompletter Riss der gesamten Rotatorenmanschette (Folgen eines Verkehrsunfalls 2000) mit a) kompletter Interruption der supraespinoso, der infraespinoso und der subscapularen Rotatorenbänder b) akromio-klavikularer Arthrose c) metaplastischen Ossifikationen auf Höhe des Trochiter d) starken Schmerzen e) starker Bewegungseinschränkung (Abduktion nur 75°) und f) Luxation der rechten Schulter.

In Bezug auf die Lendenwirbelsäule bestehe a) ein Bandscheibenvorfall am L4-L5, der im Jahr 1988 in Lausanne chirurgisch behandelt worden sei b) ein bisher nicht operierter Bandscheibenvorfall am L5-S1 mit Degeneration des Zwischenraums am L5-S1 c) eine fortgeschrittene lumbale Spondylarthrose d) eine schwere degenerative Veränderung an den Bandscheiben und an den posterioren Gelenkfacetten der gesamten lumbalen Gelenkzwischenräume und e) eine Laminektomie am L4-L5 und Osteophyten zum Medularkanal hin sowie starke lumbale Schmerzen und extreme Bewegungseinschränkung. Im Weiteren bestünden Anzeichen von Schober von 10/12,5.

Hinsichtlich der Halswirbelsäule bestehe eine fortgeschrittene Zervikalarthrose mit degenerativen disco-artikularen Schäden und grosser Osteophytenbildung am C5-C6-C7 sowie eine Wurzelentzündung am C6 und

C7 mit starken Schmerzen, die auch wieder auf die Schultern und Arme ausstrahlen würden.

Betreffend das Knie liege eine Gonalgie rechts aufgrund Meniscopathie intern mit internem Knorpelschaden, Instabilität und immer wiederkehrender Schwellung vor. Schliesslich leide er an einem chronischen bronchialen Asthma mit wiederkehrenden Krisen, Dispnöe bei kleinsten Anstrengungen, Atemnot bei leichten Anstrengungen sowie eine Hyperthyreose.

Diese Krankheiten und Gesundheitsbeeinträchtigungen seien in den medizinischen Gutachten genau beschrieben worden. Indes habe die Vorinstanz sie weder erwähnt noch anerkannt oder bewertet. Es bestehe daher eine extreme Diskrepanz zwischen den Erkrankungen und Gesundheitseinschränkungen, wie sie von den Amts- und Fachärzten sowie Allgemeinmedizinern in spanischer Sprache festgestellt und der Vorinstanz und deren Ärzten mitgeteilt worden seien, und wie sie der ärztliche Dienst der Vorinstanz festgestellt habe. Die vom Beschwerdeführer eingereichten fachärztlichen Gutachten seien offenbar nicht einmal übersetzt worden. Im Ergebnis seien weder der tatsächliche Invaliditätsgrad noch die Arbeitsfähigkeit in seinem bisherigen Beruf und insbesondere in Bezug auf Verweistätigkeiten korrekt festgestellt worden. Das aktuelle Krankheitsbild sei mit einer höheren prozentualen Erwerbsminderung zu bewerten und rechtfertige eine Heraufsetzung des Invaliditätsgrads.

C.

Die Vorinstanz lässt sich am 13. Oktober 2011 vernehmen und beantragt die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung der angefochtenen Verfügung. Der ärztliche Dienst habe die vom Beschwerdeführer mit dem Revisionsgesuch vorgelegten medizinischen Unterlagen sorgfältig analysiert und mit den aus den früheren Verfahren vorliegenden Unterlagen verglichen. Die beurteilende Ärztin sei der spanischen Sprache mächtig. Sie sei zum Schluss gelangt, dass sämtliche aufgeführten Diagnosen bereits bekannt und dabei keine neuen Funktionsausfälle dargelegt worden seien, welche in arbeitsmedizinischer Hinsicht eine wesentliche Verschlechterung zu begründen vermöchten. Die Vorinstanz sei daher nicht gehalten gewesen, mangels neuer Indizien weitere Abklärungen zu treffen und sei zu Recht auf das Revisionsgesuch nicht eingetreten.

D.

Mit Replik vom 29. November 2011 hält der Beschwerdeführer an seinen Anträgen und seiner Begründung fest. Die Vorinstanz sei zu verpflichten,

auf das Rentenrevisionsgesuch einzugehen, ihn vor Ort in der Schweiz von entsprechenden Fachärzten untersuchen zu lassen und dann neu zu verfügen.

E.

Die Vorinstanz hält in ihrer Duplik vom 14. Dezember 2011 an ihren Ausführungen und Anträgen fest. Die vom Beschwerdeführer erhobene Rüge, der ärztliche Dienst der Vorinstanz habe nicht alle vorhandenen Leiden in seine Beurteilung einbezogen, sei gemäss IV-ärztlicher Stellungnahme vom 30. Juni 2011 offensichtlich unbegründet.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 Die Beschwerde richtet sich gegen die Verfügung der Vorinstanz vom 5. Juli 2011. Das Bundesverwaltungsgericht beurteilt Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der Vorinstanz (vgl. Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 [VGG, SR 173.32] in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20] sowie Art. 5 des Verwaltungsverfahrensgesetzes vom 20. Dezember 1968 [VwVG, SR 172.021]). Eine Ausnahme liegt nicht vor (Art. 32 VGG). Das Bundesverwaltungsgericht ist daher zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

1.2 Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen. Als Adressat der Verfügung ist er durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Änderung oder Aufhebung (Art. 48 Abs. 1 VwVG, Art. 59 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]).

1.3 Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (Art. 50 und 52 VwVG, Art. 60 ATSG) und der Kostenvorschuss wurde innerhalb der Frist geleistet (Art. 63 Abs. 4 VwVG).

1.4 Auf die Beschwerde ist daher einzutreten.

2.

Gemäss Art. 19 Abs. 3 VGG sind die Richter und Richterinnen des Bundesverwaltungsgerichts zur Aushilfe in anderen Abteilungen verpflichtet.

Der Entscheid im vorliegenden Verfahren erfolgt daher unter Mitwirkung von Richtern der Abteilung II.

3.

3.1 Der Beschwerdeführer ist spanischer Staatsangehöriger, so dass vorliegend das Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681), insbesondere dessen Anhang II betreffend Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, anzuwenden ist (Art. 80a IVG). Nach Art. 3 Abs. 1 der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (Verordnung [EWG] Nr. 1408/71, SR 0.831.109.268.1), haben die in den persönlichen Anwendungsbereich der Verordnung fallenden, in einem Mitgliedstaat wohnenden Personen aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats grundsätzlich die gleichen Rechte und Pflichten wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Noch nicht zu beachten sind vorliegend die am 1. April 2012 für die Schweiz anwendbar gewordenen neuen EU-Verordnungen (insbes. Verordnung [EG] Nr. 883/2004 und Verordnung [EG] Nr. 987/2009).

3.2 Soweit das FZA beziehungsweise die auf dieser Grundlage anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte keine abweichenden Bestimmungen vorsehen, richtet sich die Ausgestaltung des Verfahrens – unter Vorbehalt der beiden Grundsätze der Gleichwertigkeit sowie der Effektivität – sowie die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen einer schweizerischen Invalidenrente grundsätzlich nach der innerstaatlichen Rechtsordnung (BGE 130 V 257 E. 2.4). Entsprechend bestimmt sich vorliegend der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der Invalidenversicherung ausschliesslich nach dem innerstaatlichen schweizerischen Recht, insbesondere nach dem IVG sowie der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201).

3.3 Gemäss Art. 40 Abs. 4 der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 ist die vom Träger eines Mitgliedstaates getroffene Entscheidung über die Invalidität eines Antragstellers für den Träger eines anderen betroffenen Staates nur dann verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Staaten festgelegten Tatbestandsmerkmale der Invalidität in Anhang V dieser Verord-

nung als übereinstimmend anerkannt sind, was für das Verhältnis zwischen Spanien und der Schweiz (ebenso wie für das Verhältnis zwischen den übrigen EU-Mitgliedstaaten und der Schweiz) nicht der Fall ist. Gemäss Art. 40 der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 des Rates vom 21. März 1972 über die Durchführung der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 über die Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (Verordnung [EWG] Nr. 574/72, SR 0.831.109.268.11), hat der Träger eines Mitgliedstaates aber bei der Bemessung des Invaliditätsgrades die von den Trägern der anderen Staaten erhaltenen ärztlichen Unterlagen und Berichte sowie Auskünfte der Verwaltung zu berücksichtigen, soweit sie rechtsgenügend ins Verfahren eingebracht werden (vgl. Art. 32 VwVG). Jeder Träger behält jedoch die Möglichkeit, die antragstellende Person durch einen Arzt oder eine Ärztin seiner Wahl untersuchen zu lassen. Eine Pflicht zur Durchführung einer solchen Untersuchung besteht allerdings nicht.

In materiellrechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts Geltung haben (vgl. BGE 130 V 329 E. 2.3). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis; vgl. BGE 130 V 445 E. 1.2.1). Damit finden im vorliegenden Verfahren grundsätzlich jene schweizerischen Rechtsvorschriften Anwendung, die bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 5. Juli 2011 in Kraft standen (Bestimmungen der 5. IV-Revision). Noch keine Anwendung findet vorliegend das am 1. Januar 2012 in Kraft getretene erste Massnahmenpaket der 6. IV-Revision (IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659]).

4.

Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens ist ein Nichteintretensentscheid. Streitig und zu prüfen ist daher nur, ob die Vorinstanz zu Recht auf das Revisionsgesuch des Beschwerdeführers nicht eingetreten ist (vgl. dazu BGE 132 V 74 E. 1.1; BGE 125 V 505 E. 1, mit Hinweisen).

5.

Die Vorinstanz begründet ihr Nichteintreten auf das sinngemässe Gesuch des Beschwerdeführers um Heraufsetzung der halben auf eine ganze Rente damit, dass sich nach Auffassung des von ihr beigezogenen Arztes

aus den dem Gesuch beigefügten medizinischen Unterlagen keine erhebliche Änderung des Invaliditätsgrads ergebe.

5.1 Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201] in der bis zum 31. Dezember 2011 gültigen Fassung). Ob eine unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten erhebliche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch den Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen 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 Gesundheitszustands) beruht, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung respektive des Einspracheentscheides; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (vgl. BGE 133 V 108 E. 5.4).

5.2 Unter Glaubhaftmachen im Sinne von Art. 87 Abs. 3 IVV ist nicht der Beweis nach dem im Sozialversicherungsrecht allgemein massgebenden Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu verstehen. Die Beweis Anforderungen sind vielmehr herabgesetzt, indem nicht im Sinne eines vollen Beweises die Überzeugung der Verwaltung begründet zu werden braucht, dass seit der letzten, rechtskräftigen Entscheidung tatsächlich eine relevante Änderung eingetreten ist. Es genügt, dass für den geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstand wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Sachverhaltsänderung nicht erstellen lassen. Bei der Prüfung der Frage, ob die Vorbringen der versicherten Person glaubhaft sind, berücksichtigt die Verwaltung u.a., ob seit der rechtskräftigen Erledigung des letzten Leistungsgesuchs lediglich kurze oder schon längere Zeit vergangen ist; je nachdem sind an die Glaubhaftmachung einer Änderung des rechtserheblichen Sachverhaltes höhere oder weniger hohe Anforderungen zu stellen.

Die genannten Eintretensvoraussetzungen (vgl. Art. 87 Abs. 2-3 IVV) sollen verhindern, dass sich die zuständige Instanz immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, das heisst keine Veränderung des Sachverhaltes darlegenden Gesuchen befassen muss (vgl. BGE 133

V 108 E. 5.3.1, mit weiteren Hinweisen). Dies beruht auf dem Grundgedanken, dass die Rechtskraft der früheren Verfügung einer neuen Prüfung so lange entgegensteht, als der seinerzeit beurteilte Sachverhalt sich in der Zwischenzeit nicht in rechtserheblicher Weise verändert hat. Dementsprechend ist die Verwaltung nach Eingang eines Gesuchs zunächst zur Prüfung verpflichtet, ob die Vorbringen der versicherten Person überhaupt glaubhaft sind. Verneint sie dies, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten.

Dementsprechend ist mit dem Revisionsgesuch die massgebliche Tatsachenänderung glaubhaft zu machen. Der Untersuchungsgrundsatz, wonach die Vorinstanz von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen hat (Art. 43 Abs. 1 ATSG), spielt insoweit nicht. Die versicherte Person trifft somit in Bezug auf das Vorliegen einer glaubhaften Änderung der tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten rechtskräftigen Leistungsverweigerung eine Beweisführungslast. Legt sie ihrem Gesuch keine Beweismittel bei, hat ihr die Vorinstanz eine angemessene Frist anzusetzen, um solche einzureichen, verbunden mit dem Hinweis, dass ansonsten auf das erneute Leistungsbegehren nicht eingetreten werden könne (BGE 130 V 64 E. 5.2.5).

Bei der Glaubhaftmachung einer Tatsachenänderung im massgeblichen Vergleichszeitraum als Beweismass geht es um eine Rechtsfrage, welche das Bundesverwaltungsgericht mit voller Kognition überprüft (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts B-5762/2011 vom 11. Juni 2012 E. 4.1).

5.3 Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet somit 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 Gesundheitszustands) beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4, mit Hinweis).

5.4 Vorliegend wurde die Rente des Beschwerdeführers mit Verfügung vom 7. April 1999 auf eine halbe Rente herabgesetzt. In der Folge wurde diese Verfügung in mehreren Revisionsverfahren bestätigt. Die letzte ärztliche Begutachtung erfolgte im Kontext des Revisionsverfahrens 2006. In jenem Verfahren hatte die Vorinstanz von den spanischen Behörden einen Arztbericht verlangt und den Bericht von Dr. med.

V._____ vom 27. April 2006 (act. 200) erhalten. Eine spezialärztliche orthopädische Untersuchung hatte die Vorinstanz nicht verlangt und wurde offenbar auch nicht vorgenommen.

Die Mitteilung vom 4. September 2009, worin die Vorinstanz dem Versicherten mitteilte, dass die Rente nicht verändert werde, basierte lediglich auf dem vom Versicherten selbst eingereichten ärztlichen Attest von Dr. med. N._____, Medizin und Chirurgie, vom 17. Juli 2009, in dem dem Versicherten ein gemässigt anhaltendes Bronchialasthma, eine Polyarthrosis und eine Hyperthyreose bescheinigt wurden (act. 210). Dieses Attest enthält darüber hinaus weder Angaben über die vorgenommenen Untersuchungen oder konkret gemachten Feststellungen noch Aussagen im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit. Es erfüllt die Anforderungen an eine rechtskonforme medizinische Sachverhaltsabklärung daher offensichtlich nicht. Weitere ärztliche Berichte holte die Vorinstanz anlässlich dieses Revisionsverfahrens nicht ein.

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung ist somit spätestens die von der Vorinstanz in Auftrag gegebene medizinische Untersuchung vom 27. April 2006.

Da diese Untersuchung bis zur vorliegend angefochtenen Revisionsverfügung vom 5. Juli 2011 über fünf Jahre zurücklag, sind an die Glaubhaftmachung nicht allzu hohe Anforderungen zu stellen (vgl. BGE 130 V 64 E. 6.2).

5.5 Mit seinem Revisionsgesuch vom 23. Februar 2011 reichte der Versicherte unter anderem den Arztbericht von Dr. med. Z._____, chirurgische Orthopädie, vom 14. Februar 2011 ein. Darin diagnostizierte Dr. med. Z._____ einen Bandscheibenvorfall am L5-S1, fortgeschrittene lumbale Spondylarthrose mit schweren degenerativen Veränderungen an den Bandscheiben und an den posterioren Gelenkfacetten sowie Laminektomie am L4-L5 und Osteophyten zum Medularkanal hin, welche zu starken lumbalen Schmerzen und starker Bewegungseinschränkung führe; fortgeschrittene Zervikalarthrose mit degenerativen disco-artikulären Schäden und grosser Osteophytenbildung am C5-C6-C7, Wurzelentzündung am C6 und C7 mit starken Schmerzen, die auch wieder auf die Schultern und Arme ausstrahlen; einen kompletten Riss der gesamten Rotatorenmanschette mit kompletter Interruption der supraespinoso, der infraespinoso und der subscapularen Rotatorenbänder mit akromioklavikularer Arthrose und mit metaplastischen Osifikationen auf Höhe des

Troquiter (ehemalige Luxation der Schulter) sowie mit starken Schmerzen und mit starker Bewegungseinschränkung (Abduktion nur 75°), eine Gonalgie rechts, aufgrund Meniscopathie intern, mit internen Knorpelschäden, mit Instabilität und immer wiederkehrender Schwellung sowie ein chronisches bronchiales Asthma mit wiederkehrenden Krisen, Dispnöe bei kleinsten Anstrengungen und Atemnot bei leichten Anstrengungen. Der Arzt attestierte dem Versicherten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, auch in Bezug auf leichte und sitzende Tätigkeiten.

5.6 Dr. med. Y. _____ vom ärztlichen Dienst der Vorinstanz äusserte zu diesem Bericht, gegenüber den Feststellungen aus dem Jahr 2006 habe sich der Gesundheitszustand des Versicherten nicht rentenrelevant geändert. Die in den neu eingereichten Arztberichten aufgeführten Diagnosen seien allesamt bereits bekannt – das Cervicalsyndrom bei degenerativen Veränderungen der HWS, die chronisch asthmoide Bronchitis sowie vertebrale Rückenschmerzen seien bereits in der medizinischen Stellungnahme des Arztes der Vorinstanz im Februar 1998 erwähnt worden; der Unfall im Jahr 2000 mit u.a. Luxation der rechten Schulter und Binnenerletzungen des rechten Knies mit chronischen Schmerzen in diesen Gelenken und Funktionsausfall seien bereits im April 2006 erwähnt und in die Stellungnahme des Arztes der Vorinstanz im Oktober 2006 aufgenommen. Die zur aktuellen Revision eingereichten Dokumente zeigten keine seit der letzten Revision neu aufgetretenen Funktionsausfälle von Rentenrelevanz. Der Gesundheitszustand des Versicherten präsentiere sich daher unverändert.

5.7 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes im schweizerischen Invalidenversicherungsverfahren ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und gegebenenfalls bezüglich welcher Tätigkeiten der Versicherte arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind sodann eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten konkret noch zugemutet werden können (vgl. BGE 132 V 93 E. 4, mit Hinweisen).

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst

ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen.

Bezüglich des Beweiswertes eines Arztberichtes 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1, mit Hinweisen). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder als Gutachten (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a, mit Hinweisen).

Gleichwohl erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 351 E. 3b; AHI-Praxis 2/2001 S. 114 E. 3b; Urteil des Bundesgerichts I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb, mit Hinweisen). Berichte der behandelnden Ärzte schliesslich sind aufgrund von deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie auch für den behandelnden Spezialarzt (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4, mit Hinweisen; vgl. aber Urteil des Bundesgerichts 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2).

5.8 Im vorliegenden Fall ist Dr. med. Z. _____ als vom Beschwerdeführer beauftragter, behandelnder Spezialarzt einzustufen, weshalb sein Bericht mit entsprechendem Vorbehalt zu würdigen ist. Andererseits stehen seinem ärztlichen Bericht keine zeitnahen anderen Arztberichte gegenüber, die einen höheren Beweiswert beanspruchen könnten. Die letzte ärztliche Untersuchung liegt über fünf Jahre und die letzte einschlägige spezialärztliche Untersuchung sogar über acht Jahre zurück. Gerade bei

degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule kann nicht ohne Weiteres ausgeschlossen werden, dass sie sich im Verlauf mehrerer Jahre verschlimmern und ihre Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten sich verändert haben könnten. Im Gegenteil besteht gerade bei degenerativen Problemen ohne Weiteres die Möglichkeit, dass sie sich im Verlauf der Jahre intensivieren können. Der Umstand, dass Dr. med. V. _____ fünf Jahre vorher von einer höheren Arbeitsfähigkeit des Versicherten ausging, beeinträchtigt den Beweiswert der Beurteilung durch Dr. med. Z. _____ daher nicht.

5.9 Wie bereits dargelegt, sind nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung nicht allzu hohe Anforderungen an die Glaubhaftmachung zu stellen, wenn seit der letzten Begutachtung mehr als 15 Monate verstrichen sind (vgl. BGE 130 V 64 E. 6.2). Umso weniger hoch sind dementsprechend die Anforderungen, die an die Glaubhaftmachung gestellt werden dürfen. Die Schlussfolgerung der Vorinstanz, auch die vom Beschwerdeführer eingereichten Dokumente machten keine Veränderungen seines Gesundheitszustandes glaubhaft, die rentenrelevant sein können, erweist sich daher als unhaltbar.

5.10 Die Vorinstanz ist daher zu Unrecht auf das Revisionsbegehren nicht eingetreten.

6.

Im Ergebnis ist die Beschwerde somit gutzuheissen, die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache ist an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit sie nach Durchführung einer fachärztlichen Begutachtung über den Leistungsanspruch neu verfüge.

7.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens sind keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (vgl. Art. 63 Abs. 1 und 2 VwVG, Art. 6 Bst. b des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]), und dem Beschwerdeführer ist der von ihm geleistete Kostenvorschuss von Fr. 420.- nach Rechtskraft dieses Urteils zurückzuerstatten.

8.

Als obsiegende Partei hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung für die ihm erwachsenen notwendigen Kosten (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG und Art. 7 Abs. 1 und 2 VGKE). Im vorliegenden Fall

hat der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers keine Honorarnote eingereicht, weshalb die Parteientschädigung aufgrund der Akten und nach Ermessen festzulegen ist (vgl. Art. 8 ff. und 14 VGKE). Dem Beschwerdeführer ist zulasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 1'500.- zuzusprechen.

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird gutgeheissen. Die Verfügung der Vorinstanz vom 5. Juli 2011 wird aufgehoben und die Sache wird an die Vorinstanz zurückgewiesen zu materiellem Entscheid.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 420.- wird dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet.

3.

Dem Beschwerdeführer wird zulasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 1'500.- zugesprochen.

4.

Dieses Urteil geht an:

- den Beschwerdeführer (Einschreiben mit Rückschein, Beilage: Formular Zahladresse)
- die Vorinstanz (Ref-Nr....; Gerichtsurkunde)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen (Gerichtsurkunde)

Die vorsitzende Richterin:

Die Gerichtsschreiberin:

Eva Schneeberger

Beatrice Grubenmann

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden (Art. 82 ff., 90 ff. und 100 des Bundesgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 [BGG, SR 173.110]). Die Rechtsschrift ist in einer Amtssprache abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie der Beschwerdeführer in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: 4. April 2013