

BVGer B-6037/2010 vom 3. April 2013

Bundesverwaltungsgericht, 2013-04-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_B-6037_2010

FR: TAF B-6037/2010 du 3 avril 2013

IT: TAF B-6037/2010 del 3 aprile 2013

Regeste

Invaliditätsbemessung

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss 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 Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen der IV-Stelle für Versicherte im Ausland. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor.

E. 1.2

Gemäss Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das Verwaltungsverfahrensgesetz aufgrund von Art. 3 Bst. dbis VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das ATSG anwendbar ist. Nach Art. 1 Abs. 1 IVG sind die Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) auf die Invalidenversicherung (Art. 1a - 26bis und 28 - 70) anwendbar, soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht.

E. 1.3

Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens ist die Verfügung der Vorinstanz vom 22. Juni 2010. Der Beschwerdeführer hat frist- und formgerecht Beschwerde erhoben (Art. 60 ATSG). Als Adressat der angefochtenen Verfügung ist er besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Änderung oder Aufhebung (Art. 59 ATSG). Damit ist auf die Beschwerde einzutreten.

E. 2

Gemäss Art. 19 Abs. 3 VGG sind die Richter des Bundesverwaltungsgerichts im Bedarfsfall zur Aushilfe in anderen Abteilungen verpflichtet. Der Entscheid im vorliegenden Verfahren erfolgt daher unter Mitwirkung von Richtern der Abteilung II.

E. 3.1

Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit, wenn nicht

eine kantonale Behörde als Beschwerdeinstanz verfügt hat (Art. 49 VwVG).

E. 3.2

Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Es kann die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. Thomas Häberli, in: Waldmann/Weissenberger [Hrsg.], Praxiskommentar VwVG, Zürich 2009, Art. 62 N 40).

E. 3.3

Im Sozialversicherungsprozess hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 353 E. 5b, 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen).

E. 4

Vorab ist zu prüfen, welche Rechtsnormen im vorliegenden Verfahren zur Anwendung gelangen.

E. 4.1

Der Beschwerdeführer besitzt die spanische Staatsbürgerschaft und wohnt in Spanien, so dass vorliegend das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft andererseits über die Freizügigkeit vom 21. Juni 1999 (Freizügigkeitsabkommen, nachfolgend: FZA, SR 0.142.112.681) anwendbar ist (Art. 80a IVG). Das Freizügigkeitsabkommen setzt die verschiedenen bis dahin geltenden bilateralen Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und den einzelnen Mitgliedstaaten der Europäischen Union insoweit aus, als darin derselbe Sachbereich geregelt wird (Art. 20 FZA). Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Mitglieder der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Nach Art. 3 Abs. 1 der Verordnung Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 (EWG, SR 0.831.109.268.1) haben die Personen, die im Gebiet eines Mitgliedstaates wohnen, für die diese Verordnung gilt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaates wie die Staatsangehörigen dieses Staates selbst, soweit besondere Bestimmungen dieser Verordnung nichts anderes vorsehen. Dabei ist im Rahmen des FZA und der Verordnung auch die Schweiz als "Mitgliedstaat" zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 von Anhang II des FZA). Demnach richten sich die Bestimmung der Invalidität, die Berechnung des Invaliditätsgrades und der Rentenhöhe auch nach dem Inkrafttreten des FZA nach schweizerischem Recht (BGE 130 V 253 E. 2.4), insbesondere dem IVG, der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) dem ATSG sowie der entsprechenden Verordnung vom 11. September 2002 (ATSV, SR 830.11). Noch keine Anwendung finden vorliegend auch die am 1. April 2012 in Kraft gesetzten Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit sowie (EG) Nr. 977/2009 des Europäischen Parlaments und Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der

Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die der Systeme der sozialen Sicherheit. Für die Beurteilung des Rentenanspruchs sind Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht verbindlich (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4, AHI 1996, S. 179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E.2). Vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 11. Dezember 1981 i.S. D).

E. 4.2

Nach den allgemeinen intertemporalen Regeln sind in verfahrensrechtlicher Hinsicht diejenigen Rechtssätze massgebend, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2). In materiellrechtlicher Hinsicht sind diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts Geltung haben (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). Damit finden im vorliegenden Verfahren grundsätzlich jene schweizerischen Rechtsvorschriften Anwendung, die bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 22. Juni 2010 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 (AS 2011 5659).

E. 4.3

Bezüglich der vorliegend auf Grund von Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 IVG zu berücksichtigenden ATSG-Normen zur Arbeitsunfähigkeit (Art. 6), Erwerbsunfähigkeit (Art. 7), Invalidität (Art. 8) und zur Bestimmung des Invaliditätsgrades (Art. 16) hat das Schweizerische Bundesgericht (BGer; vormals Eidgenössisches Versicherungsgericht [EVG]) erkannt, dass es sich bei den in Art. 3-13 ATSG enthaltenen Legaldefinitionen in aller Regel um eine formellgesetzliche Fassung der höchstrichterlichen Rechtsprechung zu den entsprechenden Begriffen vor Inkrafttreten des ATSG handelt und sich inhaltlich damit keine Änderung ergibt, weshalb die hierzu entwickelte Rechtsprechung übernommen und weitergeführt werden kann (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.1, 3.2 und 3.3).

E. 5

Im vorliegenden Fall ist streitig, ob die Vorinstanz die bisher ausgerichtete ganze Invalidenrente des Beschwerdeführers zu Recht auf eine halbe Invalidenrente reduziert hat. Die Vorinstanz geht diesbezüglich von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers aus, da seine tuberkulose Gonarthrose erfolgreich antibiotisch behandelt worden sei. Die pathologische Immunreaktion werde nicht mehr unterhalten und sei seit April 2004 zum Stillstand gekommen. Sie stützt sich dabei auf das rheumatologische Gutachten von Dr. med. C. _____, welche deutlich festgestellt habe, dass inzwischen unabhängige degenerative (und natürliche Alterungs-) Prozesse am Achselskelett und den Händen vorlägen. Die Invalidenversicherung habe jedoch nicht dafür einzustehen, wenn eine versicherte Person zufolge ihres Alters keine entsprechende Arbeit finde, da es sich hierbei um einen invaliditätsfremden Faktor handle. Mit dem Gutachten von Dr. K. _____ vom 30. Juli 2010 könne keine funktionelle Verschlechterung gegenüber dem rheumatologischen Gutachten von Dr. med. C. _____ nachgewiesen werden. Der Beschwerdeführer macht dagegen geltend, dass sich sein Gesundheitszustand keinesfalls verbessert habe. Vielmehr sei von einer Verschlechterung auszugehen. Der

Beschwerdeführer stützt sich dabei insbesondere auf die medizinischen Berichte seines behandelnden Arztes Dr. K._____.

E. 5.1

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 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

E. 5.2

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % Anspruch auf eine ganze Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % Anspruch auf eine Dreiviertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente. Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, werden jedoch nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, was laut bundesgerichtlicher Rechtsprechung eine besondere Anspruchsvoraussetzung darstellt (BGE 121 V 264 E. 6c). Eine Ausnahme von diesem Prinzip gilt seit dem 1. Juni 2002 für Schweizer Bürger und Staatsangehörige der EU, denen bereits ab einem Invaliditätsgrad von 40 % eine Rente ausgerichtet wird, wenn sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben - was vorliegend der Fall ist (Art. 29 Abs. 4 IVG).

E. 5.3

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades bei einem erwerbstätigen Versicherten wird das Erwerbseinkommen, das er nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihm zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen) in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das er erzielen könnte, wenn er nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG; allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1, BGE 104 V 135 E. 2a und b; ZAK 1990 S. 518 E. 2).

E. 5.4

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. 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 256 E. 4, BGE 115 V 133 E. 2; AHI-Praxis 2002 S. 62 E. 4b/cc). Eine zumutbare

Arbeitsmöglichkeit hat sich der Versicherte anrechnen zu lassen (leidensangepasste Verweisungstätigkeit; ZAK 1986 S. 204 f.).

E. 5.5

Die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht haben die medizinischen Unterlagen nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet für das Gericht, dass es alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten 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. Hinsichtlich 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 Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 125 V 351 E. 3a). 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 352 E. 3b; AHI 2001 S. 114 E. 3b; Urteil des BGer 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 (BGE 125 V 353 E. 3b/bb, mit weiteren Hinweisen). Berichte der behandelnden Ärzte schliesslich sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie auch für den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen; vgl. aber Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2). Auch die Stellungnahmen des RAD müssen den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen. Die RAD-Ärzte müssen sodann über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen, spielt doch die fachliche Qualifikation des Experten für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle. Bezüglich der medizinischen Stichhaltigkeit eines Gutachtens müssen sich Verwaltung und Gerichte auf die Fachkenntnisse des Experten verlassen können. Nimmt der RAD selber keine Untersuchung vor, hat er zunächst zu überprüfen, ob die medizinischen Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben (vgl. zu den Anforderungen an einen Aktenbericht Urteil BGer 8C_653/2009 vom 28. Oktober 2009 E. 5.2, Urteil BGer I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1) bzw. ob ein von ihm angefordertes Gutachten den Anforderungen der Rechtsprechung entspricht und die im konkreten Fall erforderlichen Untersuchungen vorgenommen und dokumentiert wurden.

E. 5.6

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers 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 nach der Rechtsprechung jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 125 V 368 E. 2). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben; zudem kann auch eine Wandlung des Aufgabenbereichs einen Revisionsgrund darstellen (BGE 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b; AHI 1997 S. 288 E. 2b). Die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung ist von dem Zeitpunkt zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat und voraussichtlich weiter andauern wird (Art. 88a Abs. 1 IVV). Die Herabsetzung der Renten erfolgt am ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an (Art. 88bis Abs. 2 Bst. a IVV; vgl. BGE 135 V 306 E. 7). Dagegen ist die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhalts kein Revisionsgrund; unterschiedliche Beurteilungen sind revisionsrechtlich nur dann beachtlich, wenn sie Ausdruck von Änderungen der tatsächlichen Verhältnisse sind (siehe BGE 115 V 313 E. 4a/bb mit Hinweisen; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 204 E. 3a). Identisch gebliebene Diagnosen schliessen eine revisionsrechtlich erhebliche Steigerung des tatsächlichen Leistungsvermögens (Arbeitsfähigkeit) grundsätzlich nicht aus. Dies gilt namentlich dann, wenn der Schweregrad eines Leidens sich verringert hat oder es der versicherten Person gelungen ist, sich besser an das Leiden anzupassen. Ob eine derartige tatsächliche Änderung vorliegt oder aber eine revisionsrechtlich unbeachtliche abweichende ärztliche Einschätzung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Gesundheitszustandes, bedarf auch mit Blick auf die mitunter einschneidenden Folgen für die versicherte Person einer sorgfältigen Prüfung. Dabei gilt der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit; die blosser Möglichkeit einer Verbesserung tatsächlicher Art genügt nicht (Urteil BGer 9C_88/2010 vom 4. Mai 2010 E. 2.2.2 mit Hinweis). Ob eine unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten erhebliche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch den Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen bzw. letzten, der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (Ausgangszeitpunkt), mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung respektive des Einspracheentscheides (Referenzzeitpunkt, BGE 133 V 108 E. 5.4). Vorliegend wurde eine derartige Prüfung anlässlich der Rentenzusprache am 27. August 2003 vorgenommen, weshalb diese Verfügung den Ausgangszeitpunkt begründet. Die angefochtene Verfügung vom 22. Juni 2010, welche aufgrund des im Jahr 2007 eingeleiteten Rentenrevisionsverfahrens erging, begründet den Referenzzeitpunkt.

E. 5.7

Dem Beschwerdeführer wurde am 27. August 2003 eine ganze Invalidenrente aufgrund einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit wegen einer entzündeten und fistelnden Arthritis des

Kniegelenks zugesprochen. Die medizinische Aktenlage präsentierte sich dabei wie folgt: - Im Formular E 213 führte Dr. L. _____ am 3. Oktober 2002 aus, dass eine Menishektomie im Februar 2001 beim Beschwerdeführer zu einem Sudeck der Patella geführt habe. Eine Reoperation habe im Februar 2002 stattgefunden. Nach einem weiteren chirurgischen Eingriff im Juni 2002 habe sich im rechten Kniegelenk eine septische Arthritis mit Fisteln gebildet. In der gegenwärtigen Situation könne der Beschwerdeführer nicht arbeiten (vgl. IV act. 8). - Der RAD-Arzt Dr. med. P. _____ hielt in seiner Stellungnahme vom 15. Juni 2003 fest, dass beim Beschwerdeführer eine septische Arthritis des rechten Knies mit Fisteln nach einer Menishektomie vorliege. Ein chirurgischer Eingriff habe sich durch die bakterielle Infektion verkompliziert. Es bestehe beim Beschwerdeführer eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit dem 3. Dezember 2000 (vgl. IV act. 10).

E. 5.8

Im Rahmen des Revisionsverfahrens machte der Beschwerdeführer eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes geltend und stützte sich dabei insbesondere auf die medizinischen Unterlagen des ihn behandelnden Arztes Dr. K. _____: In seinem Bericht vom 14. Juli 2008 führte Dr. K. _____ aus, dass beim Beschwerdeführer im Juni 2002 eine synoviale Fistel am rechten Knie aufgetreten sei, weswegen im Januar 2003 im Spital eine breitflächige Synovektomie durchgeführt worden sei. Die Kultur des synovialen Gewebes habe ein "mycobacterium tuberculosis" bestätigt. Der Beschwerdeführer sei in der Infektionsabteilung des Spitals überwiesen und dort während 15 Monaten stationär einer Spezialbehandlung wegen osteoartikulärer Tuberkulose des rechten Knies unterzogen worden. Der Beschwerdeführer habe erklärt, dass seine Kniebeschwerden nicht zurückgegangen seien, sondern gleich geblieben seien, die Beweglichkeit sogar progressiv schlechter und die Schmerzen stärker geworden seien. Zusätzlich zu den Knieproblemen habe der Beschwerdeführer ausgeführt, Schmerzen im Bereich der Nackenwirbelsäule zu haben. Es bestünden Ausstrahlungen in die Arme mit sporadischen Parästhesien in den Händen. Der Beschwerdeführer habe des Weiteren berichtet, dass er seit geraumer Zeit an Deformationen der Finger, insbesondere des ersten Fingers der rechten Hand im Bereich des Interphalangeal-Gelenks leide, was dazu führe, dass er mit dieser Hand die "Klammerfunktion" nicht ausführen könne. Bei den Röntgenuntersuchungen habe sich in erster Linie eine deutliche Verminderung praktisch aller zervikalen Wirbelzwischenräume mit deutlicher Versteifung der posterioren Gelenke sowie ebenfalls ausgeprägte vulminöse, prominente Osteophyten im medulären Kanal, hauptsächlich in den Zwischenräumen C5-C6 und C6-C7 gezeigt. In den genannten Zwischenräumen bestehe bereits anterior eine Verbindung der beiden Osteophyten. Es bestehe ein charakteristischer Niederschlag des rheumatischen Prozesses auf die Gelenke und zwar in allen distalen interphalangealen Gelenken beider Hände, wobei dies besonders stark im Bereich der Daumen und insbesondere an der rechten Hand der Fall sei, wo eine Subluxation der interphalangealen Gelenke festzustellen sei. Zudem bestehe in allen Gelenken Verminderungen der Gelenkzwischenräume sowie deutliche Deformationen auf der Höhe des Gelenkes zwischen Trapez- und Mittelhandknochen der rechten Hand, wo ebenfalls Osteophyten auf der Höhe des Trapezknochens festzustellen seien. An der Rücken- und Lendenwirbelsäule gebe es sowohl anterior als auch posterior ebenfalls zahlreiche Osteophyten und eine deutliche Verminderung der Zwischenräume aller Lendenwirbel. Es bestehe eine Spondylolistese I/IV Grades bei L3-L4 und eine Versteifung der posterioren Gelenke. Dies seien Zeichen einer fortgeschrittenen lombaren Spondyloarthrose. Auf der Höhe des rechten Knies sei eine deutliche Demineralisation des distalen Endes des Oberschenkelknochens

festzustellen. Am proximalen Ende sowohl des Schienbeins wie auch des Wadenbeins seien zudem Merkmale osteomyelitischer Folgeerscheinungen festzustellen. Deutliche Unregelmässigkeiten beständen in beiden femoralen Gelenkköpfen und in beiden Schienbeinköpfen am rechten Knie mit deutlicher Verringerung der Zwischenräume ganz besonders auf der Höhe des externen Schienbeinkopfes. Dies alles seien Zeichen für eine fortgeschrittene Femoropatellaren Zwischenraums mit superioren und posterioren Osteophyten sowie eine knorpelige Versteifung festzustellen, welche dem fortgeschrittenen Stadium einer Fomoropatellar-Arthrose des rechten Knies entspreche. Dr. K._____ stellte beim Beschwerdeführer zusammengefasst folgende Diagnosen: - Zervikalarthrose III. / IV. Grades - Dorsale und lombare Spondyloarthrose III. / IV. Grades - Spondylolistese I. / IV. Grades bei L3-L4 - Anatomische und funktionale Deformation beider Hände, ausgeprägter rechts, aufgrund eines rheumatischen Prozesses, welcher es dem Beschwerdeführer sogar verunmöglicht, die normale "Klammerfunktion" der Hand auszuführen. - Folgeerscheinungen einer osteoartikulären Tuberkulose, welche das rechte Knie befallen hatte und derzeit latent vorhanden ist - Fomoropatellar-Arthrose des rechten Knies III. / IV. Grades - Fomorotibial-Arthrose des rechten Knies II. / IV. Grades Des Weiteren führte Dr. K._____ aus, dass die aktuellen degenerativen Prozesse eine Schmerzsymptomatik mit deutlichen Bewegungseinschränkungen der Wirbelsäule und beider Hände nur schon für sich alleine genommen zu einer dauerhaften Invalidität führen würden. Dazu würden noch die Schäden, die der Beschwerdeführer aufgrund eines infektiösen Tuberkuloseprozesses im rechten Knie habe, kommen. Der sekundäre degenerative Prozess als Folgeerscheinung führe dauernd und konstant zu einem hinkenden Gang, wobei dieser Gang schmerzhaft und mit ernsthafter Bewegungseinschränkung einhergehe, welche für sich alleine genommen bereits genügend Grund für eine Invalidität darstellen würde. Für den degenerativen Arthroseprozess aufgrund einer tuberkulösen Infektion des Knies gebe es keine Heilung. Es könne lediglich im Sinne einer somatischen Massnahme pharmakologisch behandelt werden. Eine komplette Knieprothese sei hier aufgrund der vorgängigen tuberkulösen Infektion vollkommen kontraindiziert. Man wisse, dass die Infektion, die derzeit latent vorhanden sei, jederzeit wieder ausbrechen könne, was nicht aussergewöhnlich wäre. Diesfalls würde der Infektionsprozess ausserordentlich verschlimmert werden. In seinem Bericht vom 30. Juli 2010 bestätigte Dr. K._____ im Wesentlichen die gestellten Diagnosen. Zusätzlich führte er aus, dass die degenerativen Veränderungen auf der Höhe der Nackenwirbelsäule seit 2008 fortgeschritten seien. Auf der Höhe der Lendenwirbelsäule beständen Verringerungen sämtlicher Wirbelzwischenräume und zwar besonders deutlich bei den Zwischenräumen L5-S1 und L3-L4 mit einer Retrolisthese. Es beständen anteriore Osteophyten, ebenso lateral, die sich auf anteriorem Weg in L1-L2 und D11-D12 verbinden würden. Zudem bestehe eine deutliche Verstärkung der posterioren Gelenke mit Verringerung der Zwischenwirbellöcher, was Kennzeichen einer fortgeschrittenen Spondyloarthrose III/IV Grades sei. Auf der Höhe beider Knie sei eine Veränderung der Dichte im distalen Drittel des rechten Oberschenkelknochens, des Schien- und Wadenbeins zu erkennen, welche den Verlust von Knochenmasse wiederspiegeln würde. Es bestehe eine deutliche Verringerung der Femur/Tibia-Zwischenräume, sowohl innen wie aussen, verstärkt im sobchondralen Bereich, was charakteristisch für den degenerativen Prozess III/IV Grades sei. Auf der Höhe der proximalen Epiphyse der Tibia sei ebenfalls eine deutliche Veränderung der Knochendichte zu erkennen, ebenso beim Wadenbein. Dies sei charakteristisch für die osteomyelitischen Folgen. Auf der Höhe der Kniescheibe bestehe eine deutliche Einschränkung des Zwischenraums Oberschenkelknochen/Kniescheide mit

superioren und inferioren Osteophyten, subchondral verstärkt. Dies sei ebenfalls charakteristisch für eine fortgeschrittene Femurpatellararthrose des rechten Knies. Der radiologische Befund der Hände sei ähnlich wie 2008, allerdings seien die Rhizarthrose an beiden Daumen fortgeschritten. Aus den Ergebnissen der Magnetresonanz-Untersuchung vom 20. Oktober 2009 gehe eine funktional lumbal-sakraler Defekt hervor. Es bestehe eine deutliche und generalisierende Veränderung aller Gelenkkapseln. Zudem bestünden ernste Bandscheibendehydrationen und Bandscheibenprotrusionen bei L2-L3, die auf den Thekalsack drücken würden. Bei L3-L4 bestehe eine weitere Bandscheibenprotrusion, welche das Epiduralfett verdränge und auch auf den Thekalsack drücke, wobei das Perineuralfett deutlich in den Zwischenwirbellöchern verdrängt werde. Bei L4-L5 bestehe posterior eine weitere Bandscheibenprotrusion mit denselben Merkmalen wie anterior und eine bedeutende Kaliberreduktion der Zwischenwirbellöcher.

E. 5.9

Die Vorinstanz holte in der Folge ein Gutachten von Dr. med. C. _____ ein, welches am 4. Januar 2010 erstattet wurde. Darin stellte Dr. med. C. _____ folgende Diagnosen: Mit Auswirkung auf die Erwerbsfähigkeit: - chirurgisch behandlungsbedürftige Gonarthrose rechts bei Zustand nach Menishektomie, Aggravierung durch Tuberkulose M17.5 - Arthrose der HWS und fortgeschrittene degenerative Veränderungen der Bandscheiben, Aggravierung durch spondylotische Hyperostose M47.8 - Erosive Arthrose der Handwurzelknochen und der Hände im Kontext mit einer Psoriasis und/oder einer Hämochromatose M19.9 Ohne Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit: - Übergewicht R63.2 - Latenter Diabetes Typ II B14.9 Dr. med. C. _____ führte aus, dass die Gelenktuberkulose im rechten Knie zu einer zehntonatigen antituberkulösen Behandlung unter stationärer Beobachtung geführt habe. Seit dem Jahre 2004 seien keine Anzeichen einer Tuberkuloseinfektion mehr gegeben. Wahrscheinlich habe die Vorinstanz aufgrund dessen eine "Verbesserung" des Gesundheitszustandes konstatiert. Objektiv betrachtet sei dies der einzige Befund, der sich verbessert habe. Sie bestätigte weiterhin eine schwerwiegende Funktionseinschränkung des rechten Knies bei massiver, postinfektiöser Gonarthrose. Ein prothetischer Kniegelenkersatz sei nicht angezeigt, da das Risiko einer Reaktivierung des Infektionsherdes bestehe. Es habe sich ein Extensionsdefizit dieses Knies eingestellt, die Flexion bleibe stabil bei 60°. Selbst bei Implantation einer Prothese würde die seit 2001 persistierende erhebliche Steifigkeit des Knies den Behandlungserfolg beeinträchtigen. Die arthrotische Entwicklung sei seither gleichbleibend und werde zudem durch eine kontralaterale Arthrose des linken Knies erschwert. Des Weiteren bestätigte Dr. med. C. _____ erhebliche Einschränkungen in der Beweglichkeit der Wirbelsäule im HWS- und LWS-Bereich, die bei Untersuchung in Ruhe keine Zeichen einer radikulären oder medullären Kompression aufweisen würden. Es zeige sich auch kein Hinweis für eine akute neurologische Schädigung. Es sei nicht auszuschließen, dass eine neurogene Claudicatio den Zustand zusätzlich erschwere. Zudem lasse sich schwer analysieren, wodurch die Gehfähigkeit des Beschwerdeführers beeinträchtigt werde, denn die Schädigung des rechten Knies sei massiv und könne zur Entwicklung eines Belastungsschmerzes beitragen. Durch eine neurologische Diagnostik mittels EMG und Belastungstest könnte ein neurologisches Leiden ausgeschlossen werden. Darüber hinaus bestätigte Dr. med. C. _____ das Bestehen massiver degenerativer Veränderungen der Hände. Diese Schädigung der Hände werde von Dr. K. _____ ab 2008 erwähnt. Die nun bestehenden synovitischen Veränderungen in Verbindung mit den erheblichen radiologischen Läsionen würden ebenfalls auf eine Funktionseinschränkung in diesem

Bereich schliessen. Die Lokalisation an den Metakarpophalangealgelenken und die Ulnardeviation liessen eine seronegative Polyarthritits vermuten, jedoch sei der radiologische Befund eher typisch für eine Hämatochromatose, denn die Osteophytose sei ausgeprägter als bei einer Polyarthritits, bei der diese durch destruktive erosive Läsionen abgetragen werde. Der Bluteisenwert habe annähernd bei 600 µg/l gelegen. Dieser Parameter sei kontrollbedürftig. Der erhöhte Eisenwert in Verbindung mit pathologischen Blutzuckerwerten in den Lebertests lasse vorrangig das Vorliegen einer Hämochromatose mit Schädigung der Gelenke vermuten. Es fänden sich keine massive Ablagerungen von Pyrophosphatkristallen. Im Bereich der Knie fänden sich solche Ablagerungen. Der allgemeine Verschlechterungsverlauf der Gelenktuberkulose von 2000 bis 2004 habe die Symptomatik der Spondylarthrose begünstigt, der bis dahin durch eine gut entwickelte Muskulatur - bedingt durch die schwere körperliche Tätigkeit - entgegengewirkt worden sei. Die altersbedingte Sarkopenie lasse den Beschwerdeführer weniger widerstandsfähig gegenüber seiner Wirbelsäulenerkrankung werden und führe zu einer eingeschränkten Körperstatik, selbst bei leichter Tätigkeit. Als Folge seien folgende Aktivitäten und Funktionen zu vermeiden: Gehen, unebenes und unregelmässiges Gelände, Trittleitern, Leitern und Gerüste, längeres aufrechtes Stehen von über 15 Minuten ohne Stütze oder Pause, Gehstrecken von mehr als 50 Metern, Tragen von Lasten, Knie- und Hockpositionen, Handlasten von mehr als 5 kg, vibrierende Maschinen, monotone Bewegungen und Kraftaufwand der Hände, Überkopfarbeiten sowie statische Haltungen von Nacken und Wirbelsäule. Des Weiteren sollte ein Positionswechsel und eine ausreichende Pause zur Mitte des Arbeitstages des Beschwerdeführers möglich sowie zudem auch regelmässige Arbeitszeiten und Verzehrmöglichkeiten gewährleistet sein. Dr. med. C. _____ erachtete den Beschwerdeführer ab dem Zeitpunkt der Verbesserung der infektiösen Arthritis im April 2004 im Rahmen der beschriebenen Funktionseinschränkungen für eine leichte Tätigkeit im Leichtindustriesektor mit einem Pensum von 75 % arbeitsfähig. Sie wies jedoch darauf hin, dass selbst wenn eine Verbesserung im infektiologischen Bereich festgestellt worden sei, dies im osteoartikulären Bereich nicht der Fall sei. Die durch die Tuberkulose bedingte Arthrose sei im Bereich des Knies fortgeschritten und es seien weitere degenerative Gelenksveränderungen hinzugekommen (Wirbelsäule, obere Extremitäten, insbesondere Hände), möglicherweise im Zusammenhang mit einer Eisenstoffwechselstörung. Das von den spanischen Ärzten vermutete Vorliegen eines metabolischen Syndroms scheine sich zu bestätigen und sollte konsequenter behandelt werden.

E. 5.10

Gestützt auf dieses Gutachten kam der RAD-Arzt Dr. med. G. _____ zum Schluss, die tuberkulose Gonarthritits sei geheilt. Die Tuberkulose sei eine Multisystemkrankheit, weshalb sie neben dem lokal stärksten Manifestationsort auch einen allgemein starken Einfluss auf die Gesundheit habe. Aus diesem Grund habe beim Versicherten eine Restarbeitsfähigkeit verneint werden müssen, solange ein florider Infekt bestanden habe. Nachdem dieser tuberkulöse Infekt abschliessend und erfolgreich behandelt worden sei und die pathologische Immunreaktion nicht mehr unterhalten und zum Stillstand gekommen sei, sei der Zustand heute relativ stabil. Dr. med. C. _____ habe deutlich festgestellt, dass inzwischen unabhängige degenerative (und natürliche Alterungs-) Prozesse am Achselskelett und den Händen vorlägen und er dekonditioniert sei. Die Feststellung der Arbeitsfähigkeit von 75 % müsse als medizinisch-theoretisch betrachtet werden.

E. 5.11

Gestützt auf diese Gutachten und die Beurteilung des RAD-Arztes kam die Vorinstanz zum Schluss, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich in rentenrelevanter Hinsicht wesentlich verbessert. Eine leidensangepasste leichte Verweistätigkeit, wie beispielsweise Aufseher, Magaziner oder kleine Lieferungsarbeiten mit dem Fahrzeug, sei ihm im Umfang von 75 % zumutbar, was zu einer einer Erwerbseinbusse von lediglich 51 % führe.

E. 5.12

Diese Beurteilung überzeugt nicht. Die Invalidenversicherung geht zwar von einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt aus. Der ausgeglichene Arbeitsmarkt ist ein theoretischer und abstrakter Begriff, welcher dazu dient, den Leistungsbereich der Invalidenversicherung von jenem der Arbeitslosenversicherung abzugrenzen. Der Begriff umschliesst einerseits ein bestimmtes Gleichgewicht zwischen dem Angebot von und der Nachfrage nach Stellen; andererseits bezeichnet er einen Arbeitsmarkt, der von seiner Struktur her einen Fächer verschiedenartiger Stellen offen hält. Nach diesen Gesichtspunkten bestimmt sich im Einzelfall, ob die invalide Person die Möglichkeit hat, ihre restliche Erwerbsfähigkeit zu verwerten und ob sie ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen vermag oder nicht (BGE 110 V 273 E. 4b; ZAK 1991 S. 320 E. 3b). Daraus folgt, dass für die Invaliditätsbemessung nicht darauf abzustellen ist, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig darauf, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprechen würden (AHI 1998 S. 291 E. 3b). Von einer Arbeitsgelegenheit im Sinne von Art. 16 ATSG kann aber dort nicht mehr gesprochen werden, wo die zumutbare Tätigkeit nur in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der allgemeine Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder dass sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre (SVR 2009/1 IV Nr. 8 S. 17 E. 3c, SVR 1996 IV Nr. 70 S. 204 E. 3c, ZAK 1989 S. 322 E. 4). Gemäss dem Gutachten von Dr. med. C. _____ ist es indessen keineswegs so, dass dem Beschwerdeführer irgendwelche leichte Verweistätigkeiten zumutbar sind. Die Funktionseinschränkungen, die gemäss ihrem Gutachten für eine Arbeitsstelle im zeitlichen Umfang von maximal 75 % zu beachten wären, sind vielmehr mannigfaltig: So kann er weder mehr als 50 m noch auf unebenem oder unregelmässigem Gelände gehen oder Knie- und Hockpositionen ausführen. Er kann weder Trittleitern, Leitern noch Gerüste besteigen. Längeres aufrechtes Stehen von über 15 Minuten ohne Stütze oder Pause, ebenso längere statische Haltungen von Nacken und Wirbelsäule sowie Überkopfarbeiten sind nicht möglich. Das Tragen von Lasten kommt nicht in Betracht und Handlasten sind nur bis zu 5 kg zulässig. Vibrierende Maschinen und monotone Bewegungen sind ebenfalls ausgeschlossen. Unter diesen Umständen überrascht nicht, dass die Vorinstanz nicht in der Lage war, auch nur ein einleuchtendes Beispiel einer Arbeitstätigkeit zu nennen, das dem Beschwerdeführer von seinen intellektuellen und bildungsmässigen Ressourcen her möglich wäre und sämtlichen dieser Funktionseinschränkungen gerecht würde. So ist die Tätigkeit eines Aufsehers mit längerem Stehen oder statischem Sitzen verbunden, die Tätigkeit eines Magaziners und die Lieferungsarbeiten mit dem Fahrzeug dagegen müssten daran scheitern, dass er weder mehr als 5 kg tragen noch Arbeiten über seiner Kopfhöhe ausführen noch mehr als 50 m gehen kann. Es trifft zwar offenbar zu, dass in Bezug auf die tuberkulose Gonarthrit, welche der Anlass für die Zusprechung einer ganzen IV-Rente im

Jahr 2003 gewesen war, eine klare Besserung eingetreten ist. Unter Berücksichtigung der immer noch vorhandenen sowie der übrigen, teilweise neu dazu gekommenen gesundheitlichen Probleme und der sich daraus ergebenden Einschränkungen ist indessen nicht nachvollziehbar, wie der Beschwerdeführer - auch unter der Annahme eines ausgeglichenen Arbeitsmarktes - in der Lage sein sollte, seine verbliebene Arbeitskraft so zu verwerten, dass er noch mindestens 30 % des Valideneinkommens erzielen würde. Der Auffassung der Vorinstanz, wonach der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sich in rentenrelevantem Ausmass verbessert hätte, kann daher nicht gefolgt werden.

E. 5.13

Nur ergänzend sei darauf hingewiesen, dass eine Rentenreduktion im vorliegenden Fall auch dann unzulässig gewesen wäre, wenn der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sich in rentenrelevantem Ausmass verbessert hätte. Da der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung das 55. Altersjahr bereits zurückgelegt hatte, hätte die Vorinstanz zuerst prüfen müssen, ob allenfalls Eingliederungsmassnahmen erforderlich seien, bevor sie über eine Rentenreduktion verfügte (Urteil BGer 9C_228/2010 vom 26. April 2011, Präzisierung der Rechtsprechung gemäss Urteil BGer 9C_163/2010 vom 25. März 2011).

E. 5.14

Die durch die Vorinstanz verfügte Aufhebung der Invalidenrente erweist sich daher als unzulässig. Die Beschwerde ist daher gutzuheissen, die angefochtene Verfügung ist aufzuheben und dem Beschwerdeführer ist mit Wirkung ab 1. August 2008 weiterhin eine ganze Invalidenrente auszurichten.

E. 6.1

Gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG auferlegt das Bundesverwaltungsgericht die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Bei diesem Ausgang des Verfahrens sind dem obsiegenden Beschwerdeführer keine Kosten aufzuerlegen, so dass der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 400.- dem Beschwerdeführer auf ein von ihm anzugebendes Konto zurückzuerstatten ist. Der Vorinstanz werden keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 6.2

Der obsiegende Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz. Da er keine Kostennote eingereicht hat, ist die ihm zuzusprechende Parteientschädigung nach Ermessen und aufgrund der Akten auf Fr. 2'200. (inklusive Auslagen) festzusetzen (vgl. Art. 14 Abs. 2 VGKE). Nicht zu entschädigen ist die Mehrwertsteuer (Art. 1 Abs. 2 i.V.m. Art. 8 Abs. 1 und Art. 18 Abs. 1 des Mehrwertsteuergesetzes vom 12. Juni 2009; MWSTG SR 641.20).

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