

BVGer C-3537/2011 vom 17. Februar 2014

Bundesverwaltungsgericht, 2014-02-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3537_2011

FR: TAF C-3537/2011 du 17 février 2014

IT: TAF C-3537/2011 del 17 febbraio 2014

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich im Wesentlichen nach den Vorschriften des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesverwaltungsgericht (VGG, SR 173.32), des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungs-verfahren (VwVG, SR 172.021 [vgl. auch Art. 37 VGG]) sowie des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1 [vgl. auch Art. 3 Bst. dbis VwVG]). Dabei finden nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln diejenigen Verfahrensregeln Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung in Kraft stehen (BGE 130 V 1 E. 3.2; vgl. auch Art. 53 Abs. 2 VGG).

E. 1.2

Gemäss Art. 31 VGG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 VwVG, sofern - wie vorliegend - keine Ausnahme nach Art. 32 VGG gegeben ist. Als Vorinstanzen gelten die in Art. 33 VGG genannten Behörden. Zu diesen gehört auch die IVSTA, die mit Verfügungen über IV-Leistungsgesuche befindet (vgl. Art. 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]). Das Bundesverwaltungsgericht ist somit zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

E. 1.3

Nach Art. 59 ATSG ist zur Beschwerdeführung vor dem Bundesverwaltungsgericht legitimiert, wer durch die angefochtene Verfügung berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat (vgl. auch Art. 48 Abs. 1 VwVG). Die Beschwerdeführerin hat am vorinstanzlichen Verfahren als Partei teilgenommen. Als Adressatin ist sie durch die angefochtenen Verfügungen besonders berührt und hat an deren Änderung oder Aufhebung ein schutzwürdiges Interesse.

E. 1.4

Der mit Zwischenverfügung vom 31. August 2011 einverlangte Verfahrenskostenvorschuss wurde von der Beschwerdeführerin am 22. September 2011 fristgerecht geleistet, weshalb auf die im Übrigen formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten ist (vgl. Art. 52 Abs. 1 VwVG und Art. 63 Abs. 4 VwVG).

E. 2.1

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). Im Rahmen seiner Kognition kann es 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. Fritz Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Auflage, Bern 1983, S. 212; vgl. BGE 128 II 145 E. 1.2.2, BGE 127 II 264 E. 1b).

E. 2.2

Die Verwaltung als verfügende Instanz und - im Beschwerdefall - das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind (Max Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4. Auflage, Bern 1984, S. 136). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (vgl. BGE 126 V 360 E. 5b, BGE 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen). Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und weitere Beweismassnahmen könnten an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Ueli Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zürich 1999, S. 212, Rz. 450; Alfred Kölz/Isabelle Häner/Martin Bertschi, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 3. Aufl., Zürich 2013, Rz. 153 und 537; Gygi, a.a.O., S. 274; vgl. auch BGE 122 II 469 E. 4a, BGE 120 1b 229 E. 2b, BGE 119 V 344 E. 3c mit Hinweisen).

E. 2.3

Das Sozialversicherungsverfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach haben die Verwaltung und das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt. Zum einen findet er sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 193 E. 2, BGE 122 V 157 E. 1a, je mit Hinweisen); zum anderen umfasst die behördliche und richterliche Abklärungspflicht nicht unbeschrieben alles, was von einer Partei behauptet oder verlangt wird. Vielmehr bezieht sie sich nur auf den im Rahmen des streitigen Rechtsverhältnisses (Streitgegenstand) rechtserheblichen Sachverhalt. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist (vgl. Fritz Gygi, a.a.O., S. 43 und 273). In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsgerichte zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (vgl. BGE 117 V 282 E. 4a mit Hinweis; Urteil des EVG I 520/99 vom 20. Juli 2000).

E. 2.4

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, d.h. ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten (vgl. auch E. 4.4.1 hiernach).

E. 3

Die Beschwerdeführerin ist deutsche Staatsangehörige, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihrer Mitgliedsstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681) zu beachten ist. Anhang II des FZA betreffend die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit wurde per 1. April 2012 geändert (Beschluss Nr. 1/2012 des Gemischten Ausschusses vom 31. März 2012; AS 2012 2345). Vorliegend ist angesichts des Verfügungszeitpunktes auf die bis Ende März 2012 gültige Fassung (vgl. namentlich AS 2002 1527, AS 2006 979 und 995, AS 2006 5851, AS 2009 2411 und 2421) abzustellen, wonach die Vertragsparteien untereinander insbesondere folgende Rechtsakte (oder gleichwertige Vorschriften) anwenden (Art. 1 Abs. 1 i.V.m. Abschnitt A Anhang II des FZA): die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (AS 2004 121 [vgl. auch AS 2008 4219, AS 2009 4831]; nachfolgend: Verordnung Nr. 1408/71) sowie die 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 Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (AS 2005 3909 [vgl. auch AS 2009 621, AS 2009 4845]; nachfolgend: Verordnung Nr. 574/72). Im Rahmen des FZA ist auch die Schweiz als "Mitgliedstaat" im Sinne dieser Koordinierungsverordnungen zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 Anhang II des FZA). Nach Art. 40 Abs. 4 der Verordnung Nr. 1408/71 ist die vom Träger eines Staates 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 Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind - was für die schweizerischen bzw. deutschen Rechtsvorschriften nicht zutrifft. Demnach bestimmt sich die Frage ob und gegebenenfalls ab wann Anspruch auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung besteht, allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften und es besteht für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz - entgegen der von der Auffassung Beschwerdeführerin - keine Bindung an Feststellungen und Entscheide ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; AHI-Praxis 1996, S. 179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E. 2). Vielmehr unterstehen die aus dem Ausland stammenden Beweismittel der freien Beweiswürdigung durch das Gericht (vgl. E. 2.3.2 hiervor; Urteil des EVG vom 11. Dezember 1981 i.S. D.; BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 4.1

Mit der Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht kann gerügt werden, die angefochtene Verfügung verletze Bundesrecht (einschliesslich der Überschreitung oder des

Missbrauchs von Ermessen), beruhe auf einer unrichtigen oder unvollständigen Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts oder sei unangemessen (Art. 49 VwVG).

E. 4.2

Nach der Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des streitigen Entscheides eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweis). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Weiter sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen materiellen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung hatten (BGE 130 V 329). 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. 4.2.1

Damit finden grundsätzlich jene materiellen Rechtsvorschriften Anwendung, die bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 27. Mai 2011 in Kraft standen; weiter aber auch solche Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung des streitigen Sachverhalts im vorliegend massgebenden Zeitraum von Belang sind (für das IVG: ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129; 5. IV-Revision]; die Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201] in den entsprechenden Fassungen). 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]).

E. 4.2.2

Ferner sind das ATSG und die Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11) anwendbar. Die im ATSG enthaltenen Formulierungen der Arbeitsunfähigkeit (Art. 6), Erwerbsunfähigkeit (Art. 7), Invalidität (Art. 8) sowie der Revision der Invalidenrente und anderer Dauerleistungen (Art. 17) entsprechen den von der Rechtsprechung zur Invalidenversicherung entwickelten Begriffen und Grundsätzen (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.1, 3.2 und 3.3). Daran hat sich auch nach Inkrafttreten der Revision des IVG und des ATSG vom 6. Oktober 2006 sowie der IVV und ATSV vom 28. September 2007 (5. IV-Revision) nichts geändert, weshalb im Folgenden auf die dortigen Begriffsbestimmungen verwiesen wird.

E. 4.3

Gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG ist Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall. Erwerbsunfähigkeit ist gemäss Art. 7 ATSG der durch Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt. 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. 4.3.1

Nach Art. 28 Abs. 2 IVG (in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung) 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 und bei einem solchen von mindestens 40% Anspruch auf eine Viertelsrente.

E. 4.3.2

Nach Art. 28 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, welche ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), und die zusätzlich während eines Jahres (Wartezeit) ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich zu mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 Abs. 1 ATSG) sind (Bst. b und c). Der Invaliditätsgrad von Versicherten mit Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt ausserhalb der Schweiz muss - abgesehen von der vorliegend zutreffenden Ausnahme - der Invaliditätsgrad nach Ablauf der Wartezeit 50% betragen (vgl. Art. 29 Abs. 4 erster Satz IVG in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

E. 4.4

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 Invalidenverfahren 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 (BGE 125 V 256 E. 4, 115 V 134 E. 2; AHI-Praxis 2002 S. 62 E. 4b/cc). Aufgrund des im gesamten Sozialversicherungsrecht geltenden Grundsatzes der Schadenminderungspflicht ist sodann ein dauernd in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkter Versicherter gehalten, innert nützlicher Frist Arbeit im angestammten oder einem anderen Berufs- oder Erwerbszweig zu suchen und anzunehmen, soweit sie noch möglich und zumutbar erscheint (BGE 113 V 22 E. 4a, BGE 111 V 235 E. 2a). Deshalb ist es am behandelnden Arzt bzw. am Vertrauensarzt der IV-Stelle aus medizinischer Sicht zu entscheiden, in welchem Ausmass ein Versicherter seine verbliebene Arbeitsfähigkeit bei zumutbarer Tätigkeit und zumutbarem Einsatz auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt einsetzen kann. Diese Arbeitsmöglichkeit hat sich der Versicherte anrechnen zu lassen (leidensangepasste Verweisungstätigkeit; ZAK 1986 S. 204 f.), wobei es unerheblich ist, ob er seine Restarbeitsfähigkeit tatsächlich verwertet oder nicht.

E. 4.4.1

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, d.h. ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines

Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Berichte (vgl. dazu das Urteil des EVG I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3.a).

E. 4.4.2

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. 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. dazu das Urteil BGer I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2 mit Hinweis auf BGE 125 V 352 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).

E. 4.4.3

Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee mit Hinweisen).

E. 4.5

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades Erwerbstätiger wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen; Art. 16 ATSG). Dieser Einkommensvergleich hat in der Regel so zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad

bestimmen lässt. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 129 V 222 E. 4.3.1 mit Hinweisen).

E. 5

Im Folgenden ist in Würdigung der relevanten Unterlagen in erster Linie zu beurteilen, ob die Vorinstanz den rechtserheblichen Sachverhalt vollständig erhoben und korrekt gewürdigt und der Beschwerdeführerin zu Recht lediglich befristete IV-Renten zugesprochen hat.

E. 5.1

Die Vorinstanz hat gestützt auf die abschliessende Stellungnahme des RAD X. _____ (Dr. med. K. _____, Facharzt für allgemeine innere Medizin) vom 25. Februar 2011 eine Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin in ihrem angestammten Beruf ab dem 21. Juli 2008 von 100% festgestellt. Aufgrund einer im Juni 2009 erfolgten Operation und der anschliessenden Rehabilitationsphase sei es der Beschwerdeführerin des Weiteren bis Ende September 2009 auch nicht zumutbar gewesen, einer leidensangepassten Verweisungstätigkeit nachzugehen, so dass unter Berücksichtigung der gesetzlich vorgesehenen einjährigen Wartefrist im Zeitraum Juli 2009 bis September 2009 ein Invaliditätsgrad von 100% resultiere. Dieser begründe einen Anspruch auf eine ganze Rente. Ab Oktober 2009 sei ihr aufgrund einer Verbesserung ihres Gesundheitszustandes eine körperlich leichte und wechselbelastende Tätigkeit ohne Heben und Tragen von 5 kg sowie ohne Zwangspositionen wieder zu 4 Stunden pro Tag (= 49% Pensum) zumutbar. Aufgrund der daraus resultierenden Erwerbsminderung von 55% habe sie ab diesem Zeitpunkt Anrecht auf eine halbe Rente. Spätestens ab Februar 2011 jedoch habe sich ihr Gesundheitszustand soweit gebessert, dass ein tägliches Arbeitspensum von sechs Stunden pro Tag (= 73% Pensum) in einer leichten, leidensangepassten Verweisungstätigkeit zumutbar sei, was schliesslich zu einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 33% führe.

E. 5.1.1

Der ausführlichen medizinischen Dokumentation in den vorinstanzlichen Akten kann entnommen werden, dass die Beschwerdeführerin sich seit Jahren in ärztlicher Behandlung befindet und sich aufgrund ihrer Rückenbeschwerden mehreren operativen Eingriffen hat unterziehen müssen. So wurden bei der Beschwerdeführerin im Laufe der Zeit folgende Diagnosen gestellt (vgl. Dok. 7 S. 3-8, 9, 10 S. 7 f., 16, 20 S. 2-14, 21 S. 15-18, 24, 26, 29, 36, 47.2, 50 sowie 55): - ein chronisches lumbovertebrales und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts bei: - Status nach dreimaliger Wirbelsäulenoperationen, - erweiterter Fenestrierung L4/L5 rechts, Sequestrektomie, Nukleotomie in mikrochirurgischer Technik bei Bandscheibenvorfall L4/L5 rechts, - Status nach zweimaliger Infiltrationen SIG rechts, - Revisionseingriff bei Bandscheibenfrührezidiv und Residualstenose L4/L5, - dorsoventraler Korrekturspondylodese minimalinvasiv in TLIF-Technik von links bei Postdiskektomiesyndrom L4/L5 und L5/S1 mit persistierenden Lumbalgien, - ein chronisches cervicovertebrales und cervicospondylogenes Schmerzsyndrom beidseits bei degenerativen Veränderungen der HWS-Segmente C4-C7 mit Bandscheibendegenerationen, Osteochondrose und Spondylarthrose, -

Impingementsyndrom links bei sonographisch diskreter Bursitis subacromialis links, intakter Rotatorenmanschetten beidseits, - Migräne und chronische Spannungskopfschmerzen, - Status nach Lipomentfernung an der linken Schulter, - Status nach transitorischer Fazialisparese, - Status nach CTS-Operation rechts, - Status nach Hysterektomie und einseitige Ovariectomie.

E. 5.1.2

Dass die Beschwerdeführerin aufgrund des umfangreichen, körperlichen Beschwerdebildes ihren angestammten, körperlich anspruchsvollen Beruf als Hilfsschreinerin nicht mehr ausüben kann, ist zweifelsfrei erwiesen, wird doch diese Auffassung einhellig von sämtlichen Ärzten vertreten. Zudem gibt die Feststellung, wonach die Beschwerdeführerin auch in sämtlichen Verweisungstätigkeiten bis Ende September 2009 nicht arbeitsfähig war, keinen Anlass zu Beanstandungen, da im Juni 2009 erneut ein operativer Eingriff erfolgte, der wiederum eine Rehabilitationsphase bis zu jenem Zeitpunkt erforderlich machte (vgl. Dok. 16-19, 26 S. 7 f. und 16-22, 47.2 S. 25-28 und 55-62 sowie 50 S. 55-66).

E. 5.2

Die Beschwerdeführerin macht allerdings sinngemäss geltend, dass sie auch nach diesem Zeitpunkt keiner leichten, ihren Leiden angepassten Verweisungstätigkeit nachgehen können. Soweit sie sich jedoch dabei auf medizinische Unterlagen stützt, die nach dem Verfügungszeitpunkt (hier: 27. Mai 2011) ergangen sind, ist darauf hinzuweisen, dass diese für das vorliegende Verfahren unbeachtlich sind, sondern höchstens Anlass zum Erlass einer neuen Verfügung geben könnten (vgl. die Ausführungen in E. 4.2 ff. hiervor).

E. 5.2.1

Dr. med. K._____ erachtete gestützt auf zahlreiche medizinische Unterlagen aus dem Zeitraum vom 25. Juli 2008 bis zum 17. Januar 2011 (vgl. Dok. 7 S. 3-8, 9, 10 S. 7 f., 16, 20 S. 2-14, 21 S. 15-18, 24, 26, 29, 36, 47.2, 50 sowie 55) leichte leidensangepasste Verweisungstätigkeiten ab September 2009 zu einem Pensum von vier Stunden und ab Februar 2011 zu einem Pensum von acht Stunden als zumutbar, wobei bei letzterem wiederholt ca. 30 minütige Pausen von insgesamt zwei Stunden einzulegen seien. Dem zumutbaren Profil entsprächen leichte Arbeiten in Wechselpositionen ohne Heben und Tragen von 5kg und ohne Zwangshaltungen (vgl. Dok. 56).

E. 5.2.2

Die Einschätzung des RAD-Arztet folgt für die Zeit nach Abschluss der Reha-Phase (Mitte September 2009) bis zum Januar 2011 der Beurteilung des vom deutschen Sozialversicherungsträger beauftragten Orthopäden Dr. med. F._____ vom 23. September 2010. Sowohl die Feststellungen hinsichtlich der zumutbaren adaptierten Verweisungstätigkeiten als auch die Arbeitsfähigkeitseinschätzungen der beiden Ärzte stimmen im Wesentlichen überein (vgl. Dok. 47.2 S. 44-54, 50 S. 14-24 sowie 56). Die Arbeitsfähigkeitseinschätzung des deutschen Gutachters weicht zwar von anderen ärztlichen Beurteilungen ab, doch weist Dr. med. K._____ in seiner Stellungnahme vom 25. Februar 2011 zu Recht darauf hin, dass Dr. med. F._____ Gutachten - im Gegensatz zu den anderen ärztlichen Berichten im betreffenden Zeitraum - den an ein medizinisches Gutachten gestellten Anforderungen entspricht (vgl. E. 4.4.2 hiervor; Dok. 26 S. 1-9, 26 S. 16-22, 47.2 S. 27-31, 47.2 S. 33-35, 47.2 S. 38-40, 47.2 S. 42, 47.2 S. 44-54, 47.2 S. 55-62, 50 S. 1-3, 50 S. 11-24, 50 S. 30-38 sowie 50 S. 57-66). Daher hat sich der RAD-Arzt betreffend jenen Zeitraum zu Recht auf Dr. med. F._____ Gutachten gestützt.

E. 5.2.3

Für die Zeit ab Februar 2011 schliesslich stützte sich Dr. med. K. _____ auf das von der IVST X. _____ bei der Y. _____ in Auftrag gegebene rheumatologische Gutachten von Dr. med. J. _____, Fachärztin für Innere Medizin sowie für Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 20. Januar 2011 (Dok. 55). Hinsichtlich des zumutbaren Profils führte die Gutachterin aus, medizinisch-theoretisch sei eine körperlich leichte Verweisungstätigkeit mit wechselnden Körperbelastungen im Stehen, Gehen und Sitzen, ohne Heben und Tragen von Lasten über 5 kg und über Kopf sowie ohne Arbeiten in gebückter Haltung zumutbar, was im Wesentlichen den Feststellungen von Dr. med. F. _____ vom 23. September 2010 entspricht (vgl. Dok. 50 S. 22 und 55 S. 34).

E. 5.2.4

Allerdings stellte Dr. med. J. _____ eine Verbesserung der Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin fest, indem sie diese auf sechs Stunden pro Tag schätzte. Die Gutachterin geht unter Punkt 8.5 auf die abweichenden Einschätzungen ein und begründet einlässlich, dass der Beschwerdeführerin aufgrund der Untersuchungsbefunde und der durchgeführten Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit eine Steigerung des Pensums auf sechs Stunden pro Tag zugemutet werden könne (vgl. Dok. 55 S. 35 f.). Das auf allseitigen Untersuchungen beruhende und in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegebene Gutachten erweist sich daher ebenfalls für die streitigen Belange umfassend sowie in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation schlüssig und nachvollziehbar (vgl. E. 4.4.2).

E. 5.2.5

Demnach ist nicht zu beanstanden, dass Dr. med. K. _____ dieser Beurteilung im Wesentlichen gefolgt ist. Er führte zwar in seiner Stellungnahme vom 25. Februar 2011 zunächst aus, es sei ein Pensum von 8 Stunden zumutbar. Allerdings ergänzte er, dass ein zusätzlicher Pausenbedarf von wiederholt 30 Minuten und insgesamt von zwei Stunden zu beachten sei. Dies entspricht letztlich der Beurteilung der Gutachterin, begründete sie doch die reduzierte Leistungsfähigkeit von sechs Stunden mit dem Erfordernis von zusätzlichen Pausen (vgl. Dok. 55 S. 33 f.). Daher ist festzuhalten, dass an der Stellungnahme von Dr. med. K. _____ aus orthopädischer Sicht nichts zu beanstanden ist.

E. 5.3

Allerdings werden von der Beschwerdeführerin nebst den körperlichen auch psychische Beschwerden geltend gemacht. Mit ihrer Beschwerde vom 22. Juni 2011 reichte sie einen Bericht des Psychiaters Dr. med. H. _____ vom 29. März 2011 ein. Dieser attestierte ihr eine depressive Störung (gegenwärtig mittelgradige Episode) ohne anhaltende somatoforme Schmerzstörungen (ICD-10: 45.4). Demnach stellt sich die Frage, ob die Vorinstanz ihrer Abklärungspflicht gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG in genügender Weise nachgekommen ist.

E. 5.3.1

Dr. med. K. _____ empfahl in seiner Stellungnahme vom 29. Juli 2010 lediglich, ein monodisziplinäres Gutachten (Rheumatologie) in Auftrag zu geben (vgl. Dok. 36 S. 2). Seine damalige Empfehlung erfolgte, nachdem er sich bereits in seinen Stellungnahmen vom 11. Februar 2010 sowie vom 10. Mai 2010 danach erkundigt hatte, ob sich die Beschwerdeführerin in psychiatrischer Behandlung befinde. Auf Nachfrage der Vorinstanz teilten damals sowohl die Hausärztin als auch die Beschwerdeführerin mit, dass keine

psychiatrische Behandlung erfolge. Zwar war eine Einweisung in die Schmerzklinik G._____ samt psychologischer Betreuung vorgesehen, diese scheiterte allerdings in der Folge aus versicherungstechnischen Gründen (vgl. Dok. 24, 28 f. sowie 31 f.). Da zudem bis zu jenem Zeitpunkt psychische Beschwerden weder diagnostiziert noch von der Beschwerdeführerin geltend gemacht wurden, sah der RAD-Arzt damals zu Recht davon ab, ein bidisziplinäres Gutachten einzuholen.

E. 5.3.2

Allerdings erkundigte sich die Gutachterin Dr. med. J._____ am 11. Februar 2011 bei der Vorinstanz, ob sie die Beschwerdeführerin nochmals konsiliarisch aufbieten solle zwecks Aufgleisung eines psychiatrischen Teils, da mittlerweile im S._____ in _____ eine psychiatrische Untersuchung stattgefunden habe. Nach Rücksprache wurde vereinbart, dass die Ärztin ihr Gutachten ohne psychiatrische Untersuchung abschliessen solle und die Vorinstanz über die Notwendigkeit einer psychiatrischen Befunderhebung nach Eingang entscheiden werde (vgl. Dok. 53 f.). Obwohl die Ärztin im Gutachten den Umstand erwähnt hat, dass der Psychiater Dr. med. H._____ eine Depression festgestellt habe, nahm der RAD-Arzt ohne weitere Abklärungen eine abschliessende Beurteilung der Leistungsfähigkeit vor.

E. 5.4

Indes ist vorliegend von einer Rückweisung zwecks ergänzender Sachverhaltsabklärung aus nachfolgenden Erwägungen abzusehen. So hat die Beschwerdeführerin bereits im Rahmen des Vorbescheidverfahrens einen Bericht des Schmerzzentrums B._____ vom 30. August 2010 eingereicht, in welchem von einem algogenem Psychosyndrom im Sinne einer reaktiven Depression die Rede war (vgl. Dok. 62 sowie 69.3 S. 9-10). Zudem hat die Beschwerdeführerin im vorinstanzlichen Verfahren ein an das Landratsamt W._____ gerichtetes Schreiben von Dr. med. R._____ vom 15. März 2011 eingereicht, in welchem die Ärztin von einer reaktiven depressiven Stimmungslage aufgrund der Grunderkrankung berichtete (vgl. Dok. 63 S. 3 f.). Des Weiteren attestiert Dr. med. H._____ der Beschwerdeführerin eine (gegenwärtig mittelgradige) depressive Episode ohne anhaltende somatoforme Schmerzstörung (vgl. Dok. 69.3 S. 11 f.). Ein solches psychisches Leiden könnte rechtsprechungsgemäss indes nur invalidisierend sein, wenn namentlich eine Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer vorläge, was auf reaktive depressive Episoden bzw. reaktive Depressionen rechtsprechungsgemäss in der Regel nicht zutrifft (vgl. zum Ganzen BGE 131 V 49 E. 1.2. und 127 V 294 E. 4b/aa, je mit Hinweisen). Daher ist der Ansicht der Vorinstanz, die den Bericht von Dr. med. H._____ im Rahmen ihrer Vernehmlassung vom 22. August 2011 gewürdigt hat, zu folgen, wonach aufgrund der von der Beschwerdeführerin eingereichten Berichte keine neuen entscheiderelevanten Unterlagen vorliegen. In den Akten bestehen für den massgebenden Zeitraum (vgl. E. 4.2 ff. hiervor) keine Anhaltspunkte, die ausnahmsweise auf die Unzumutbarkeit einer willentlichen Überwindung der Folgen der Depression schliessen lassen. Im Gegenteil zeigte die Beschwerdeführerin bei der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit vom 20. respektive 21. Januar 2011 bei der Verhaltensbeobachtung betreffend den Umgang mit Schmerz eine erhebliche Symptomausweitung sowie Selbstlimitierung. Bei gutem Effort könnte sie eine bessere Leistung erbringen, als dies im Rahmen der Leistungstests der Fall war (vgl. Dok. 55 S. 39).

E. 6

Angesichts der vorstehenden Erwägungen erweist sich daher Dr. med. K. _____ abschliessende Stellungnahme vom 25. Februar 2011 im Ergebnis als zutreffend.

E. 7

Vor diesem Hintergrund sind die erwerblichen Auswirkungen der festgestellten gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu prüfen, wobei für die Bestimmung des Invaliditätsgrades ein Einkommensvergleich zu erfolgen hat (vgl. E. 4.5 hiervor).

E. 7.1

Die Beschwerdeführerin war gemäss medizinischer Beurteilung von Juli 2009 bis September 2009 überhaupt nicht im Stande, irgendeiner Erwerbstätigkeit nachzugehen (vgl. Dok. 56 sowie E. 5.1.2 hiervor), weshalb ihr für diesen Zeitraum zu Recht eine ganze Rente zugesprochen worden ist. Demnach sind im Folgenden die Auswirkungen insofern zu prüfen, als sie die Periode Oktober 2009 bis Februar 2011 sowie die Zeit ab März 2011 beschlagen.

E. 7.2

Des Weiteren ist die vorinstanzliche Feststellung, wonach die zuletzt als Hilfsschreinerin tätige Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsschaden im Jahre 2009 (Beginn Rentenanspruch nach Ablauf des obligaten Wartejahres) ein jährliches Einkommen von Fr. 58'890.- erzielt hätte, nicht zu beanstanden, ergibt sich dies ohne Weiteres aus den Angaben ihrer früheren Arbeitgeberin im entsprechenden Fragebogen (vgl. Dok. 2 und 21 S. 2-14).

E. 7.3

Zur Bestimmung des Invalideneinkommens stellte die Vorinstanz auf den Totaldurchschnittswert der Frauen im Niveau 4 der Tabelle TA1 der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik aus dem Jahre 2008 ab, was ebenfalls nicht zu bemängeln ist, da die Beschwerdeführerin seit der erfolgten Kündigung durch die Arbeitgeberin keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgeht und sich mangels besonderer Qualifikationen keine höhere Einstufung aufdrängt.

E. 7.3.1

Dennoch ist das von der Vorinstanz ermittelte hypothetische Invalideneinkommen zu korrigieren. Da der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf des obligaten Wartejahres ab 1. Juli 2009 auszurichten war, ist vorliegend auf die Tabellenlöhne des Jahres 2008 abzustellen und das Jahresgehalt von Fr. 49'392.- (Tabelle TA1, Niveau 4, Total Frauen, Fr. $4'116 \times 12$) der Nominallohnentwicklung für das Jahr 2009 anzupassen. Dies führt - abweichend von der vorinstanzlichen Feststellung - zu einem Jahressalär von Fr. 50'439.53 (Nominallohnindex, Frauen, 1939 = 100, 2008 = 2499 sowie 2009 = 2552 [$49'392 \times 2552$] : 2499 = 50'439.53). Da die statistischen Tabellenlöhne einer Wochenarbeitszeit von 40 Stunden entsprechen, ist dieser Betrag in einem nächsten Schritt an die im Jahre 2009 geltende durchschnittliche Wochenarbeitszeit anzupassen. Entgegen der Ansicht der Vorinstanz, die von einer durchschnittlichen Arbeitszeit von 41 Stunden pro Woche ausging, entsprach die durchschnittliche Wochenarbeitszeit im Jahre 2009 41.6 Stunden (vgl. Die Volkswirtschaft, Tabelle B 9.2). Im Ergebnis resultiert ein Jahressalär von gerundet Fr. 52'457.- ($(50'439.53 \times 41.6) : 40 = 52'457.11$).

E. 7.3.2

Da aufgrund einer durchschnittlichen Arbeitszeit von 41.6 Stunden pro Woche auch die von der Vorinstanz festgestellten Arbeitspensum zu korrigieren sind, entsprechen vier Stunden pro Tag einem Pensum von 48,08% ($[20 \times 100] : 41.6 = 48,08$). Für den Zeitraum Oktober 2009 bis Januar 2011 ergibt sich daher ein hypothetisches Invalideneinkommen von Fr. 25'221.33 ($[52'457 \times 48.08] : 100$). Bei einem ab Februar 2011 zumutbaren Pensum von sechs Stunden pro Tag (= 72.12%; $[30 \times 100] : 41.6 = 72,12$) resultiert demgegenüber ein hypothetisches Invalideneinkommen von Fr. 37'831.99 ($[52'457 \times 72.12] : 100$).

E. 7.4

Da das Invalideneinkommen aufgrund von statistischen Durchschnittswerten ermittelt wurde, stellt sich vorliegend die Frage, ob dieser Wert allenfalls durch einen leidensbedingten Abzug zu kürzen ist. Ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen - auch von invaliditätsfremden Faktoren - des konkreten Einzelfalles ab (BGE 129 V 481 E. 4.2.3, mit Hinweisen). Mit dem Abzug soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können und dadurch versicherte Personen deswegen ihre Restarbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg zu verwerten in der Lage sind. Die statistischen Löhne können nach der Rechtsprechung um maximal 25% gekürzt werden (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75).

E. 7.4.1

Die Vorinstanz hat keinen leidensbedingten Abzug vorgenommen. Ob sie diesen überhaupt geprüft hat oder bewusst verwehrt hat, ist aus der Begründung der Verfügungen vom 27. Mai 2011 nicht ersichtlich. Ungeachtet dessen hätte die Vorinstanz sowohl für die Dauer von Oktober 2009 bis Januar 2011 als auch für die Zeit ab Februar 2011 einen leidensbedingten Abzug vornehmen müssen.

E. 7.4.2

Bereits der Umstand, dass die Beschwerdeführerin in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichtet hat und sie nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nur noch beschränkt einsatzfähig ist, ist ein von der Rechtsprechung anerkannter Herabsetzungsgrund (vgl. BGE 126 V 75 E. 5a/aa mit Hinweis auf die nicht publizierte E. 4 des BGE 114 V 310). Zudem ist zu beachten, dass die Beschwerdeführerin über keinerlei Berufsbildung verfügt.

E. 7.4.3

Ein Teilzeitabzug hingegen fällt bei Frauen rechtsprechungsgemäss ausser Betracht (vgl. die Urteile des BGer 9C_315/2012 vom 18. September 2012 E. 3.2.3 sowie 8C_379/2011 vom 26. August 2011 E. 4.2.2). Schliesslich ist zu beachten, dass die Vorinstanz in Bezug auf das ab Februar 2011 zumutbare Pensum ausgeführt hat, dass in den sechs Stunden pro Tag bereits ein erhöhter Pausenbedarf von zwei Stunden täglich mitberücksichtigt sei. Demnach wurde hier der ärztlich nachgewiesenen Verminderung der Leistungsfähigkeit bereits beim zumutbaren Pensum Rechnung getragen. Dieser Umstand darf nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzuges einfließen, ansonsten er doppelt berücksichtigt würde (vgl. dazu das Urteil des BGer 8C_75/2008 vom 14. November 2008 E. 4.3).

E. 7.4.4

Nach dem Gesagten rechtfertigt sich vorliegend aufgrund sämtlicher persönlicher sowie beruflicher Umstände ein Abzug vom hypothetischen Invalideneinkommen in der Höhe von 15%.

E. 7.5

Das im Zeitraum Oktober 2009 bis Februar 2011 hypothetisch erzielbare jährliche Invalideneinkommen reduziert sich demnach von Fr. 25'221.33 um Fr. 3'783.20 ($[25'179.36 \times 15] : 100 = 3'783.20$) auf Fr. 21'438.13. Aus der Gegenüberstellung eines hypothetischen Valideneinkommens von jährlich Fr. 58'890.- und eines hypothetischen Invalideneinkommens von Fr. 21'438.13 pro Jahr resultiert bei einer Erwerbseinbusse von Fr. 37'451.87 ein Invaliditätsgrad von gerundet 64% ($[37'451.87 \times 100] : 58'890 = 63.59$), was entgegen der vorinstanzlichen Feststellung einen Anspruch auf eine Dreiviertelsrente begründet.

E. 7.6

Das ab März 2011 hypothetisch erzielbare jährliche Invalideneinkommen reduziert sich von Fr. 37'831.99 um Fr. 5'674.80 ($[37'831.99 \times 15] : 100 = 5'674.80$) auf Fr. 32'157.19. Bei einer Erwerbseinbusse von Fr. 26'732.81 führt der Einkommensvergleich zu einem Invaliditätsgrad von gerundet 45% ($[26'732.81 \times 100] : 58'890 = 45.39$), so dass die Beschwerdeführerin entgegen der Ansicht der Vorinstanz weiterhin Anspruch auf eine Invalidenrente hat, wobei sich diese von einer Dreiviertels- auf eine Viertelsrente reduziert.

E. 8

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist die angefochtene Verfügung vom 27. Mai 2011 betreffend die Zusprache einer ganzen Invalidenrente vom 1. Juli 2009 bis 30. September 2009 zu bestätigen und die Beschwerde in diesem Punkt abzuweisen. Die Beschwerde ist hingegen insoweit gutzuheissen und die Verfügung vom 27. Mai 2011 betreffend die Zusprache einer halben Invalidenrente vom 1. Oktober 2009 bis 28. Februar 2011 aufzuheben und dahingehend durch neue Verfügungen zu ersetzen, als dass die Beschwerdeführerin vom 1. Oktober 2009 bis 28. Februar 2011 Anspruch auf eine Dreiviertelsrente sowie ab dem 1. März 2011 Anspruch auf eine Viertelsrente der Invalidenversicherung hat. Die Akten gehen zurück an die Vorinstanz. Diese ist anzuweisen, entsprechende Verfügungen zu erlassen, die entsprechenden Rentenbetreffnisse neu zu berechnen und unter Berücksichtigung von Art. 26 ATSG rückwirkend auszurichten. Dabei hat die Vorinstanz weitere Abklärungen hinsichtlich der Beitragsdauer der Beschwerdeführerin vorzunehmen, besteht doch diesbezüglich eine Diskrepanz zwischen dem IK-Auszug vom 15. Februar 2010 und den Verfügungen vom 27. Mai 2011 (vgl. Dok. 25 und 68).

E. 9

Soweit die Beschwerdeführerin im Beschwerdeverfahren eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes aufgrund von Unterlagen geltend macht, die den medizinischen Sachverhalt nach Verfügungserlass vom 27. Mai 2011 betreffen, ist sie darauf hinzuweisen, dass sie nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils ein Revisionsgesuch bei der Vorinstanz stellen kann.

E. 10

Zu befinden bleibt noch über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 10.1

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Der unterliegenden Vorinstanz können allerdings keine Verfahrenskosten auferlegt werden (Art. 63 Abs. 2 VwVG). Der teilweise obsiegenden Beschwerdeführerin sind reduzierte Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 200.- aufzuerlegen und mit dem bereits geleisteten Verfahrenskostenvorschuss von Fr. 400.- zu verrechnen. Die Differenz von Fr. 200.- wird nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet.

E. 10.2

Der nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin sind keine unverhältnismässig hohen Kosten entstanden, weshalb ihr - soweit sie obsiegt - keine Parteientschädigung zuzusprechen ist. Als Bundesbehörde hat die Vorinstanz ebenfalls keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 Abs. 3 und 4 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]).

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