



Fall-Nr.: BV 2017/4
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: BV - berufliche Vorsorge
Publikationsdatum: 27.02.2018
Entscheiddatum: 27.02.2018

Entscheid Versicherungsgericht, 27.02.2018

Art. 23 BVG. Frage des Zeitpunkts des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit, welche später zur Zusprache einer IV-Rente führte. Die massgebliche Arbeitsunfähigkeit ist während des Vorsorgeverhältnisses mit der Beigeladenen 1 eingetreten und der zeitliche Zusammenhang wurde bis zum Eintritt der Invalidität nicht unterbrochen, weshalb die Beklagte nicht leistungspflichtig ist. Abweisung der Klage (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 27. Februar 2018, BV 2017/4).

Entscheid vom 27. Februar 2018

Besetzung

Präsident Joachim Huber, Versicherungsrichterin Christiane Gallati

Schneider und a.o. Versicherungsrichterin Lisbeth Mattle Frei;

Gerichtsschreiberin Katja Meili

Geschäftsnr.

BV 2017/4

Parteien

A.____,



Klägerin,

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Kreso Glavas,

Advokatur Glavas AG, Haus zur alten Dorfbank, 9313 Muolen,

gegen

Personalvorsorgestiftung B.____,

Beklagte,

am Verfahren beteiligt

1. **C.____ PK, unabhängige Sammelstiftung, c/o D.____ AG,**
2. **Stiftung E.____,**

Beigeladene,

Gegenstand

Vorsorgeleistungen

Sachverhalt

A.

A.a A.____ war vom 5. Mai 2008 bis 31. März 2009 bei der F.____ AG tätig und dadurch ab 1. August 2008 berufsvorsorgerechtlich bei deren Personalvorsorgestiftung (inzwischen liquidiert, Nachfolgerin C.____ PK) versichert (act. G1.9). Von Januar 2009 bis April 2010 bezog sie Taggelder der Arbeitslosenversicherung (act. G15, G15.1 f.) und war dadurch bei der Stiftung E.____ versichert (vgl. act. G1.14). Die Swica Versicherungen AG (nachfolgend: Swica) als Kollektivkrankentaggeldversicherung der F.____ AG (vgl. act. G26.31-1) leistete vom 3. August bis 28. September 2009 sowie



St.Galler Gerichte

vom 22. April bis 31. August 2010 Krankentaggelder für eine Arbeitsunfähigkeit von 100% (act. G26.3, G26.12, G26.27 f.).

A.b Im Auftrag der Swica (vgl. act. G26.8) war die Versicherte im Juni 2010 durch Dr. med. G.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Klinik H.____, abgeklärt worden. In seinem Gutachten vom 15. Juni 2010 hatte er eine leichte bis mittelgradige depressive Episode mit somatischen Symptomen einhergehend mit ausgeprägter psychophysischer Erschöpfung (ICD-10: F32.01/11, Z73.0) diagnostiziert. Er führte aus, die Versicherte leide seit 2003 unter massiven psychischen Belastungen im Zusammenhang mit der Erkrankung ihrer Tochter. Die eigene Krebsdiagnose im Oktober 2008 habe vordergründig die Ängste und Sorgen um die Tochter verstärkt. Die zunehmenden psychischen Probleme hätten im Dezember 2008 zur ersten psychiatrischen Behandlung geführt. Vor einem Jahr habe sie zu Dr. med. I.____, Psychiatrie/Psychotherapie, gewechselt und ihr Zustand habe sich eine Zeit lang zunehmend gebessert, jedoch in den letzten Monaten erneut verschlechtert. Dr. G.____ befand, er könne den Zustand in der Vergangenheit nicht objektiv beurteilen, da ihm die medizinischen Berichte nicht zur Verfügung stünden. Im aktuellen Zustand sei die Versicherte für jegliche Tätigkeiten zu 100% arbeitsunfähig. Unter einer stationären psychosomatischen Rehabilitation oder einem ergänzenden Körperaufbauprogramm im ambulanten Rahmen sei mit der weiteren Rückbildung der depressiven Symptome und der psychophysischen Erschöpfung zu rechnen, so dass unter korrekter Behandlung ab 1. September 2010 von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit ausgegangen werden könne (act. G26.14).

A.c Dr. I.____ wies die Versicherte mit Schreiben vom 6. September 2010 der Klinik J.____ zur stationären Rehabilitation zu. Sie führte als Diagnosen unter anderem eine Anpassungsstörung, eine längere depressive Reaktion (ICD-10: F43.1) und ein invasiv duktales Mammakarzinom rechts auf. Die Versicherte sei seit Dezember 2008 arbeitsunfähig. Während der Chemotherapie sei sie beim RAV angemeldet gewesen, habe jedoch keine Arbeitsstelle finden können. Sie erachte die Versicherte aus rein psychiatrischer Sicht als zu 50% arbeitsunfähig (act. G26.13-2). Die Versicherte verzichtete in der Folge auf die stationäre Behandlung (vgl. act. G26.4) und Dr. I.____ attestierte ihr bis zum 14. Oktober 2010 eine Arbeitsunfähigkeit von 100% (vgl. act. G26.18).



St.Galler Gerichte

A.d Vom 15. November 2010 bis 3. Februar 2011 war die Versicherte bei der K.____ GmbH & Co KG als Maschinenbedienerin tätig und dadurch bei der Personalvorsorgestiftung B.____ berufsvorsorgerechtlich versichert (act. G1.3, G1.5 f., G15.12).

A.e Mit Zeugnis vom 21. Februar 2011 und Bericht vom 24. März 2011 diagnostizierte Dr. I.____ eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1) sowie einen Status nach invasivem duktalem Mammakarzinom (Erstdiagnose September 2008) rechts. Sie führte aus, 2003 sei eine Tochter der Versicherten schwer erkrankt und rollstuhlabhängig geworden. Darauf habe die Versicherte im Rahmen einer Anpassungsproblematik die erste depressive Episode durchgemacht. Nach der Diagnose des Mammakarzinoms im September 2008 und der Brustoperation habe die Versicherte erneut eine längere depressive Episode erlitten. Am 6. September 2010 sei die Versicherte wegen extremer Müdigkeit, Ängstlichkeit bezüglich ihrer Grunderkrankung und Erschöpfungserscheinungen in die Klinik J.____ überwiesen worden. Die Versicherte habe aufgrund einer Besserung der Antriebs- und Stimmungslage diese Behandlung nicht in Anspruch genommen und im weiteren Verlauf eine Arbeitsstelle in einem 100% Pensum angetreten. Die Schmerzen im Narbenbereich rechts axillar, vermehrte Nervosität und Schlafprobleme sowie verminderte Stresstoleranz hätten zu einer verminderten Leistungsfähigkeit geführt, worauf der Versicherten gekündigt worden sei. Die aktuelle depressive Episode bestehe seit Januar 2011 im Rahmen der Überforderung an der neuen Arbeitsstelle. Dr. I.____ erachtete die Versicherte seit 17. Januar 2011 als zu 100% arbeitsunfähig (act. G1.4, vgl. act. G27.13).

A.f Mit Bericht vom 27. März 2014 schilderte Dr. I.____ den Verlauf der psychischen Erkrankung gegenüber der IV-Stelle und hielt dabei unter anderem fest, die Versicherte habe, nachdem sie sich von einer depressiven Episode, die von April bis September 2010 gedauert habe (Arbeitsunfähigkeit 100%), langsam erholt gehabt habe, eine äusserst anstrengende Stelle bei der Stihl angenommen. Sie habe sich, nachdem ihr Dr. G.____ eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert gehabt habe, erneut in die Arbeit gestürzt. Leider habe sie diese schwere körperliche Arbeit wegen einer erneuten depressiven Episode nicht ausüben können. Die Kränkung durch die Kündigung habe sie in eine tiefe Depression geworfen. Sie sei vom 17. Januar bis 22. August 2011 zu



St.Galler Gerichte

100%, danach zu 50% arbeitsunfähig gewesen. Seit 7. Februar 2014 bestehe wieder eine Arbeitsunfähigkeit von 100% (IV-act. 64).

A.g Die behandelnden Ärzte des Brustzentrums des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) berichteten dem Hausarzt am 17. September 2014, es bestehe aktuell kein Hinweis für ein Rezidiv des invasiv duktales Mammakarzinoms oder ein kontralaterales Zweitkarzinom, die additive endokrine Therapie werde gestoppt (act. G15.14). Am 6. Mai 2015 beurteilten sie, aus onkologischer Sicht bestehe keine begründete Arbeitsunfähigkeit. Sie hätten seit der Diagnose nie Stellung genommen zur Arbeitsfähigkeit bzw. hätten keine Arbeitsunfähigkeit nach Abschluss der Erstbehandlung attestiert. Die körperliche Belastbarkeit sei nach brusterhaltender Operation und Radiotherapie für schwer und mittelschwer belastende Tätigkeiten eingeschränkt (act. G15.15).

A.h Dr. med. L.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, untersuchte die Versicherte im Auftrag der IV-Stelle (vgl. IV-act. 89) im August 2015. Mit Gutachten vom 13. Oktober 2015 diagnostizierte diese eine rezidivierende depressive Episode, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11). Sie befand, es habe bei Behandlungsbeginn bei Dr. I.____ im Jahr 2009 eine leichte depressive Symptomatik im Sinne einer Anpassungsstörung bestanden. Dementsprechend sei es nachvollziehbar, dass eine psychopharmakologische Behandlung nicht durchgeführt und auch keine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei. Die Anpassungsstörung habe sich anamnestisch mit hoher Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit der Erkrankung der Tochter 2003 entwickelt und sei klinisch mit einer stützenden psychotherapeutischen Behandlung ausreichend kompensiert gewesen. Erst mit der Diagnose der Karzinomerkrankung habe sich eine Exazerbation des klinischen Bildes eingestellt. Eine gesicherte psychiatrische Arbeitsunfähigkeit bestehe seit 24. Januar 2011. In der angestammten Tätigkeit sei die Versicherte zu 50 bis 60% arbeitsfähig. Für adaptierte Tätigkeiten bestehe eine Gesamtarbeitsfähigkeit von mindestens 50% mit geschätzter Steigerbarkeit auf 60% seit November 2013 (act. G1.16).

A.i Gestützt auf das Gutachten von Dr. L.____ sprach die IV-Stelle der Versicherten mit Verfügung vom 14. Juni 2016 ab 1. Juli 2012 (6 Monate nach Anmeldung vom 11.



Januar 2012) eine halbe Invalidenrente zu. Sie begründete, die Versicherte sei seit 24. Januar 2011 in ihrer Arbeitsfähigkeit erheblich eingeschränkt. Die angestammte sowie eine angepasste Tätigkeit seien ihr im Rahmen von 50% zumutbar, es resultiere ein Invaliditätsgrad von 50% (act. G1.7, vgl. IV-act. 114).

A.j Nachdem die Versicherte entsprechende Anträge auf Invalidenleistungen der beruflichen Vorsorge gestellt hatte, verneinten die PVST B.___, die C.___ PK und die Stiftung E.___ ihre Leistungspflicht mit Schreiben vom 11. August 2016, 12. September 2016 bzw. 7. Februar 2017 (act. G1.2, G1.12, G1.14).

B.

B.a Am 16. März 2017 erhob die Versicherte (nachfolgend: Klägerin) Klage gegen die PVST B.___ (nachfolgend: Beklagte) und beantragte, diese sei zu verpflichten, ihr Fr. 5'090.50 pro Jahr inkl. Prämienbefreiung, nach Ablauf der Krankentaggeldleistungen durch die M.___, spätestens ab Februar 2013, samt 5% Zins ab 29. August 2016 zu bezahlen; unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Sie machte geltend, sie sei wegen ihrer psychischen Beschwerden seit Februar 2011, als sie bei der K.___ tätig gewesen sei, arbeitsunfähig. Dies bestätige das Gutachten von Dr. L.___, gestützt auf welches ihr die IV-Stelle eine halbe IV-Rente zugesprochen habe. Es sei erstellt, dass sowohl der zeitliche als auch der sachliche Zusammenhang zwischen der Erkrankung während des Versicherungsverhältnisses bei der Beklagten und den Leiden, die zur IV-Rente geführt hätten, fortbeständen. Sollte das Gericht der Meinung sein, dass die Initialerkrankung Mammakarzinom zur psychischen Problematik geführt habe und demzufolge die C.___ PK oder gar die Stiftung E.___ für die Ausrichtung der Leistungen zuständig sei, sei dies im Urteil festzuhalten (act. G1).

B.b Mit Klageantwort vom 2. Juni 2017 beantragte die Beklagte die vollumfängliche Abweisung der Klage, insofern sich diese gegen sie richte; unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Sie brachte vor, der Verfügung der IV-Stelle vom 16. Juni (richtig: 14. Juni) 2016 komme aufgrund der verspäteten Anmeldung keine Bindungswirkung bezüglich der Festlegung der invalidisierenden Arbeitsunfähigkeit zu. Der Auslöser der depressiven Symptomatik, welche schliesslich einen invalidisierenden Charakter angenommen habe, liege in der seit September 2008 diagnostizierten



Krebserkrankung. Seit 2009 habe die depressive Symptomatik in wechselndem Ausprägungsgrad persistiert. Es liege auf der Hand, dass der Schwellenwert einer 20%igen Arbeitsunfähigkeit bereits vor Eintritt in den Vorsorgeschutz bei der Beklagten per Mitte November 2010 überstiegen gewesen sei. Dr. I.____ habe das Vorliegen einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit von April bis September 2010 bestätigt. Damit sei mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die massgebliche und schliesslich invalidisierende Arbeitsunfähigkeit vor Eintritt in das Vorsorgewerk der Beklagten bestanden habe und ihre Leistungspflicht entfalle. Da die Klägerin bei der K.____ lediglich rund zwei Monate tätig gewesen sei, könne diesem gescheiterten Arbeitsversuch keine Unterbrechung des zeitlichen Konnexes beigemessen werden (act. G5).

B.c Die Verfahrensleitung lud die C.____ PK (bzw. die D.____ AG, nachfolgend: Beigeladene 1) und die Stiftung E.____ (nachfolgend: Beigeladene 2) am 12. Juni 2017 zum Verfahren bei (act. G6).

B.d In ihrer "Zwischen-Replik" vom 16. August 2017 hielt die Klägerin an ihren Rechtsbegehren fest und stellte ergänzend den Antrag, die Beklagte sei zu verpflichten, die vorsorglichen Leistungen gemäss BVG zu entrichten, da sie die letzte Pensionskasse der Klägerin gewesen sei. Ebenso beantragte sie, in Abänderung der Rechtsbegehren gemäss Klageschrift den Zins erst ab Klageerhebung zu bezahlen (act. G10).

B.e Die Beigeladene 1 teilte mit Eingabe vom 1. September 2017 mit, während des Anstellungsverhältnisses bei ihr sei die Depression nicht aufgetreten. Sie sei daher nicht leistungspflichtig (act. G13).

B.f Mit Duplik vom 6. September 2017 hielt die Beklagte an ihren Rechtsbegehren fest. Sie brachte vor, die Sache sei spruchreif und der Entscheid über eine Vorleistungspflicht setze ohnehin die materielle Prüfung des Bestehens eines Anspruchs auf Invalidenleistungen der beruflichen Vorsorge voraus, so dass das Fällen eines Zwischenentscheids das Verfahren unnötig verlängern würde. Die Klägerin trage die Beweislast für den Eintritt der Arbeitsunfähigkeit während der Dauer des



St.Galler Gerichte

Vorsorgeschutzes. Für den Fall des Erlassens eines Zwischenentscheids stellte die Beklagte ergänzende Anträge (act. G14).

B.g Die Beigeladene 2 stellte in ihrer Stellungnahme vom 12. September 2017 den Antrag, die Klage sei vollumfänglich abzuweisen, soweit sie gegen sie gerichtet sei; unter Kostenfolge für die Klägerin. Sie führte aus, gestützt auf die Beurteilungen von Dr. I.____ und Dr. L.____ sei die Arbeitsunfähigkeit per 24. Januar 2011 eingetreten. Die in den Jahren 2008 und 2009 vorliegenden Arbeitsunfähigkeiten seien auf das Mammakarzinom und nicht auf die psychische Krankheit zurückzuführen gewesen. Wie dem Bericht des Brustzentrums St. Gallen vom 17. September 2014 zu entnehmen sei, bestehe aus onkologischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit mehr. Damit fehle der sachliche Zusammenhang zwischen der damals vorliegenden Krebserkrankung und der psychischen Störung, welche zur Invalidität geführt habe. Es sei nicht nachgewiesen, dass das Mammakarzinom als Initialerkrankung für die psychisch begründete Invalidität angesehen werden könne. Zu Beginn der relevanten Arbeitsunfähigkeit per 24. Januar 2011 sei die Klägerin nicht bei der Beigeladenen 2 versichert gewesen, weshalb keine Leistungspflicht bestehe (act. G15). Die Beigeladene 1 schloss sich vollumfänglich der Meinung der Beigeladenen 2 an und verneinte ihre Leistungspflicht (vgl. Eingabe vom 3. Oktober 2017; act. G21).

B.h Nach Beizug der IV-Akten teilte die Verfahrensleitung der Klägerin mit Schreiben vom 22. September 2017 mit, da auch betreffend Vorleistung eine materielle Prüfung des Leistungsanspruchs zu erfolgen hätte, erscheine es aus verfahrensökonomischer Sicht sinnvoller, das vorliegende Verfahren gleich in der Hauptsache vorzuziehen und materiell zu entscheiden (act. G18).

B.i Mit Eingabe vom 25. September 2017 hielt die Klägerin an ihren Rechtsbegehren fest, nahm aber davon Abstand, die Frage der Vorleistungspflicht vorweg zu prüfen. Sie führte aus, die Beklagte habe Kenntnis vom Vorbescheid und der nachfolgenden Verfügung der IV-Stelle gehabt, weshalb diese grundsätzlich Bindungswirkung entfalte. Zudem sei die Klägerin ohne Vorbehalt in ein unbefristetes Arbeitsverhältnis bei der Beklagten aufgenommen worden, weshalb sie zumindest für die obligatorischen Leistungen definitiv leistungspflichtig geworden sei (act. G19).



B.j Nach Beizug der Behandlungsakten von Dr. I.____ (vgl. act. G22, G27) und der Swica (act. G23, G26, vgl. act. G28 f.) sowie entsprechender Einsicht (act. G31 ff., G44) reichten die Beigeladenen 1 und 2 am 17. bzw. 18. Januar 2018 eine Eingabe ein (act. G42 f.). Nach Zustellung derselben an die Parteien (act. G47) reichte die Beklagte am 8. Februar 2018 eine Stellungnahme zu den beigezogenen Akten ein (act. G50). Die Beigeladenen 1 und 2 sowie die Klägerin verzichteten auf eine weitere Stellungnahme (act. G48 f., G51).

Erwägungen

1.

1.1 Gemäss Art. 73 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG; SR 831.40) bezeichnet jeder Kanton ein Gericht, das als letzte kantonale Instanz über Streitigkeiten unter anderem zwischen Vorsorgeeinrichtungen und Anspruchsberechtigten entscheidet. Im Kanton St. Gallen ist nach Art. 65 Abs. 1 lit. ebis des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege (VRP; sGS 951.1) das Versicherungsgericht zuständig für Streitigkeiten nach Art. 73 BVG.

1.2 Gerichtsstand ist nach Art. 73 Abs. 3 BVG der Sitz oder Wohnsitz des Beklagten oder der Ort des Betriebes, bei dem der Versicherte angestellt wurde. Vorliegend ist die örtliche Zuständigkeit des Versicherungsgerichts zu bejahen, weil sich der Sitz der Zweigniederlassung der Beklagten in N.____ befindet und die Klägerin die Tätigkeit, aufgrund derer sie bei der Beklagten versichert war, dort ausgeführt hat (act. G5.1).

1.3 Da auch sämtliche übrigen prozessualen Voraussetzungen erfüllt sind, ist auf die Klage einzutreten.

2.

Mit Verfügung vom 12. Juni 2017 lud die Verfahrensleitung die Beigeladenen 1 und 2 zum Prozess bei. Das Institut der Beiladung ist gemäss Rechtsprechung (BGE 134 V 306, 132 V 166, E. 3, 130 V 501, 125 V 80, E. 8b sowie RKUV 2003, Nr. U 485, S. 253ff.) und Literatur (UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. Bern/St. Gallen/Zürich 2015, N 125 ff. zu Art. 61 ATSG) im Sozialversicherungsprozess etabliert.



Bindungswirkung entfaltet der zu fällende Entscheid gegenüber den Beigeladenen insofern, als sie diesen in einem allfälligen Verfahren gegen sie selbst gelten zu lassen haben. In materieller Hinsicht können die Beigeladenen im Endentscheid grundsätzlich zu nichts verpflichtet werden (vgl. Entscheid des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 28. Februar 2013, BV.2012.00056, E. 1.1.2, abrufbar unter www.sozialversicherungsgericht.zh.ch, Rechtsprechung). Gemäss BGE 130 V 501 wird allein die Rechtskraft des Urteils auch auf die Beigeladenen ausgedehnt. Weitergehende Wirkungen kommen der Beiladung nicht zu (E. 1.2).

3.

Die Klägerin hat an ihrem Begehren, vorab über die Vorleistungspflicht zu entscheiden, nicht festgehalten (act. G19). Zwischen den Parteien umstritten und vorliegend zu prüfen ist damit der Anspruch der Klägerin auf eine Invalidenrente gegenüber der Beklagten.

3.1 Gemäss Art. 23 Abs. 1 lit. a BVG haben Personen, die im Sinn der Invalidenversicherung zu mindestens 40% invalid sind und bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, versichert waren, Anspruch auf Invalidenleistungen. Nach Art. 24 Abs. 1 BVG setzt der Anspruch auf eine volle Invalidenrente eine mindestens 70%-ige Invalidität im Sinn der IV voraus (lit. a). Eine Dreiviertelsrente kommt zur Ausrichtung bei mindestens 60%-iger Invalidität (lit. b). Eine halbe Rente wird bei mindestens hälftiger Invalidität (lit. c) und eine Viertelsrente bei mindestens 40%-iger Invalidität ausgerichtet (lit. d).

3.2 Die Invalidenleistungen nach BVG werden von derjenigen Vorsorgeeinrichtung geschuldet, bei der die ansprechende Person bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, versichert war. Der Anspruch setzt einen engen zeitlichen und sachlichen Zusammenhang zwischen der Arbeitsunfähigkeit, die während des Vorsorgeverhältnisses (einschliesslich Nachdeckungsfrist nach Art. 10 Abs. 3 BVG) bestanden hat, und der allenfalls erst später eingetretenen Invalidität voraus (BGE 134 V 20 E. 3.2). Der sachliche Konnex ist gegeben, wenn der Gesundheitsschaden, der zur Arbeitsunfähigkeit geführt hat, im Wesentlichen derselbe ist, wie er der Erwerbsunfähigkeit zugrunde liegt (BGE 138 V 409 E. 6.2). Er kann auch



gegeben sein, wenn die bei noch bestehender Versicherungsdeckung eingetretene Arbeitsunfähigkeit somatisch, die Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung begründende, allenfalls auch berufsvorsorgerechtliche Leistungen auslösende Invalidität jedoch psychisch bedingt ist. Notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung hierfür ist, dass das psychische Leiden sich schon während des Vorsorgeverhältnisses manifestierte und das Krankheitsgeschehen erkennbar mitprägte (vgl. etwa Urteile des Bundesgerichts vom 12. November 2015, 9C_115/2015, E. 2.2; vom 11. August 2015, 9C_58/2015, E. 2.2; vom 26. März 2013, 9C_484/2012, E. 4.4, je mit Hinweisen). Die zeitliche Konnexität setzt voraus, dass zwischen der früheren Arbeitsunfähigkeit und der späteren Invalidität bzw. deren Verschlimmerung keine längere Periode der Arbeitsfähigkeit liegt. Dabei sind die gesamten Umstände des Einzelfalls zu würdigen, namentlich die Art des Gesundheitsschadens, dessen prognostische ärztliche Beurteilung und die Beweggründe, welche die versicherte Person zur Wiederaufnahme der Arbeit veranlassten (BGE 123 V 264 f. E. 1c, 120 V 117 ff. E. 2c/aa f. mit Hinweisen). Zu den für die Beurteilung des zeitlichen Konnexes relevanten Umständen zählen auch die in der Arbeitswelt nach aussen in Erscheinung tretenden Verhältnisse, wie etwa die Tatsache, dass ein Versicherter über längere Zeit hinweg als voll vermittlungsfähiger Stellensuchender Taggelder der Arbeitslosenversicherung bezieht (Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; ab 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 26. Mai 2003, B 100/02, E. 4.1, und vom 18. Oktober 2006 B 18/06, E. 4.2.1 in fine mit Hinweisen). Für Zeiträume ohne formal ausgewiesene Arbeitsunfähigkeit darf eine solche nur angenommen werden, wenn besondere Umstände vorliegen. Hierbei ist auch die Eigenart des gesundheitlichen Geschehens massgebend (Urteil des Bundesgerichts vom 9. November 2016, 9C_142/2016, E. 7.1). Der zeitliche Zusammenhang kann auch bei einer länger als drei Monate dauernden Tätigkeit gewahrt sein, wenn eine dauerhafte berufliche Wiedereingliederung unwahrscheinlich war, etwa weil die Tätigkeit (allenfalls auch erst im Rückblick) als Eingliederungsversuch zu werten ist (BGE 134 V 20, E. 3.2.1; Urteil des Bundesgerichts vom 9. November 2016, 9C_142/2016, E. 3.2).

4.



Vorsorgeeinrichtungen, die ausdrücklich oder unter Hinweis auf das Gesetz vom gleichen Invaliditätsbegriff wie die IV ausgehen, sind im Bereich der gesetzlichen Mindestvorsorge (Art. 6 BVG) an die Invaliditätsbemessung der IV-Stelle gebunden, sofern die Vorsorgeeinrichtung spätestens im Vorbescheidverfahren in das IV-rechtliche Verfahren einbezogen worden war und sich die Invaliditätsbemessung der IV aufgrund einer gesamthaften Prüfung der Akten nicht als offensichtlich unhaltbar erweist (Art. 73bis ff. der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]; BGE 132 V 1, 130 V 270 E. 3.1, 129 V 73 und 126 V 308 E. 1). Für den Beginn des Anspruchs auf Invalidenleistungen gelten gemäss Art. 26 Abs. 1 BVG sinngemäss die entsprechenden Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20). Der Eintritt des Versicherungsfalles fällt somit in der Regel mit der Eröffnung der einjährigen Wartezeit nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG zusammen (BGE 134 V 20 E. 3.1.2, 118 V 239 E. 3c). Die Verbindlichkeitswirkung für die berufliche Vorsorge erstreckt sich jedoch nur auf diejenigen Feststellungen und Beurteilungen im IV-Verfahren, welche dort für die Rentenausrichtung entscheidend waren und über die demnach effektiv zu befinden war; andernfalls haben die Organe der beruflichen Vorsorge - und im Klagefall das zuständige Vorsorgegericht - die Anspruchsvoraussetzungen ihrerseits frei zu prüfen (vgl. Urteil des EVG vom 14. August 2000, B 50/99, E. 2). Vorliegend stellte die IV-Stelle der Beklagten, nicht aber den Beigeladenen, den Vorbescheid und die Rentenverfügung zu (vgl. IV-act. 107, act. G1.7). Der Entscheid der IV-Stelle ist jedoch insofern auch für die Beklagte nicht bindend, als für die Festlegung des Beginns der Arbeitsunfähigkeit für die IV-Stelle nur die invalidisierende psychiatrische Problematik entscheidend war und sie den Sachverhalt vor Beginn der Wartezeit nicht umfassend hat abklären müssen.

5.

Vorliegend ist insbesondere der Zeitpunkt des Eintritts der invalidisierenden Arbeitsunfähigkeit umstritten und mithin die Frage, ob und gegebenenfalls bei welcher Vorsorgeeinrichtung die Klägerin zu diesem Zeitpunkt im Rahmen der beruflichen Vorsorge versichert gewesen ist.

5.1 Die Klägerin litt anamnestisch erstmals im Jahr 2003 infolge der Erkrankung ihrer Tochter an einer depressiven Episode bzw. einer Anpassungsstörung, begab sich aber



nicht in psychiatrische Behandlung und war in der Folge wieder arbeitstätig (vgl. act. G1.15 f., G26.14). Im September 2008, während sie bei der Beigeladenen 1 vorsorgeversichert war, wurde bei der Klägerin sodann ein invasiv duktales Mammakarzinom rechts festgestellt. Von November 2008 bis September 2009 musste sie sich diversen somatischen Behandlungen unterziehen und danach erfolgte eine adjuvante endokrine Therapie mit Tamoxifen (bis September 2014; G15.14). Echtzeitliche Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit für 2008/2009 sind kaum aktenkundig. Dr. I.____ hielt im Überweisungsschreiben vom 6. September 2010 fest, die Klägerin sei seit "Dezember 2008" arbeitsunfähig (act. G26.13-2). Die behandelnden Ärzte des KSSG attestierten vom 3. August bis 28. September 2009 eine Arbeitsunfähigkeit von 100% (act. G26.28). Sie gaben in ihrem Bericht vom 6. Mai 2015 an, sie hätten nach Abschluss der Erstbehandlung keine Arbeitsunfähigkeit attestiert (act. G15.15, vgl. act. G15.14). Es ist jedoch gesamthaft betrachtet davon auszugehen, dass die Klägerin aufgrund der Therapien spätestens ab November 2008 (als eine Sentinel Lymphonodektomie rechts durchgeführt worden war) aus somatischer Sicht für ihre angestammte Tätigkeit zu mindestens 20% (Erheblichkeitsgrenze; vgl. Bundesamt für Sozialversicherung, Mitteilungen über die berufliche Vorsorge, Nr. 44, Rz 258 mit Hinweis auf das Urteil des EVG vom 7. Oktober 1998, B 48/97) arbeitsunfähig war. So werden auch in einem Schreiben der F.____ AG an die Klägerin vom 21. Januar 2009 krankheitsbedingte Abwesenheiten erwähnt sowie eine baldige und vollständige Genesung gewünscht (act. G26.39). Die Swica erbrachte vom 3. August bis 28. September 2009 zudem Taggeldleistungen (act. G26.27). Schliesslich bestreitet die Beigeladene 1 eine während ihrer Vorsorge eingetretene somatische Arbeitsunfähigkeit auch nicht substantiiert (vgl. act. G13, G21). Ab Dezember 2008, mithin nur wenige Monate nach der Diagnose des Mammakarzinoms, wurde die Klägerin von Dr. med. O.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, psychotherapeutisch betreut (act. G26.14-5). Ab April 2009 wurde sie sodann durch Dr. I.____ psychiatrisch behandelt. Entgegen den Angaben von Dr. L.____, welche lediglich beruhigende Medikamente auf pflanzlicher Basis erwähnt (vgl. act. G1.16, S. 11), hielt Dr. I.____ fest, sie habe von Anfang an eine antidepressive Medikation eingeführt (IV-act. 64-2, act. G27.1, S. 13). Gemäss Dr. I.____ hatten die behandelnden Onkologen immer über die depressive Antriebs- und Stimmungslage berichtet und der Klägerin nahegelegt, sich mit dem Sozialdienst des KSSG in Verbindung zu setzen (vgl. IV-act. 64-2).



Sowohl Dr. L.____ als auch Dr. I.____ und (anamnestisch) Dr. G.____ brachten die psychische Erkrankung sodann in einen Zusammenhang mit der Diagnose und der Behandlung des Mammakarzinoms, im Sinne einer damals aufgetretenen Exazerbation der psychischen Beschwerden (act. G1.16, S. 11, 15; IV-act. 64, act. G26.14).

Schliesslich lässt sich auch dem von Dr. I.____ erstellten Auszug aus der Krankengeschichte entnehmen, dass die Krebserkrankung neben den Sorgen um die behinderte Tochter als Ursache für die psychischen Beschwerden im Vordergrund steht (vgl. act. G27.1). Es ist somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass das psychische Leiden sich schon während des Vorsorgeverhältnisses mit der Beigeladenen 1 manifestierte und das Krankheitsgeschehen erkennbar mitprägte, auch wenn in einer ersten Phase lediglich eine somatisch bedingte Arbeitsunfähigkeit bestand. Die damals aufgetretene Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion entwickelte sich zu einer mittelgradigen Depression, welche schliesslich die Invalidität begründete (vgl. act. G1.16, IV-act. 64-2).

6. Weiter zu prüfen ist der zeitliche Zusammenhang.

6.1 Aufgrund der vorliegenden Akten lässt sich nicht abschliessend beurteilen, wie lange die Klägerin aus somatischen Gründen arbeitsunfähig war. Gegenüber Dr. L.____ erwähnte sie eine einjährige Arbeitsunfähigkeit (act. G1.16, S. 5). Dies ist insofern nachvollziehbar, als die behandelnden Ärzte des KSSG am 6. Mai 2015 festhielten, sie hätten seit der Diagnosestellung 2008 nie Stellung genommen zur Arbeitsfähigkeit respektive keine Arbeitsunfähigkeit nach Abschluss der Erstbehandlung attestiert. Letztere dauerte bis September 2009 (act. G15.15). Vom 3. August bis 28. September 2009 erhielt die Klägerin zudem Krankentaggelder der Swica (act. G26.12, G26.27, vgl. auch Arztzeugnis des KSSG für diesen Zeitraum; act. G26.28). Von Januar 2009 bis April 2010 war die Klägerin bei der Arbeitslosenversicherung gemeldet bzw. bezog sie Arbeitslosenentschädigung (vgl. act. G15.1 f.). Nachdem sie aber bereits bis Ende September 2009 trotz Bezug von Arbeitslosentaggeldern nachweislich mindestens teilweise arbeitsunfähig war, schliesst dies nicht aus, dass sie auch bis Ende April 2010 weiterhin aus psychischen Gründen in erheblichem Ausmasse arbeitsunfähig gewesen war, auch wenn keine ärztlichen Atteste für Oktober 2009 bis und mit 21. April 2010 vorliegen. Dafür spricht die Aussage von Dr. I.____ gegenüber Dr. L.____, wonach die



Phasen der Remission der depressiven Erkrankung jeweils nur kurzdauernd gewesen seien (vgl. act. G1.16, S. 11). Am 6. September 2010 führte Dr. I.____ gar aus, die Klägerin sei seit Dezember 2008 arbeitsunfähig (act. G26.13-2). Auch die Klägerin gab bei ihrer IV-Anmeldung vom 11. Januar 2012 an, seit September 2008 bis auf weiteres arbeitsunfähig zu sein (act. G15.13). Dr. G.____ attestierte der Klägerin zwar erst ab 22. April 2010 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, hatte aber nicht Kenntnis aller Vorakten und hielt selbst fest, er könne den Zustand der Klägerin und ihre Arbeitsfähigkeit in der Vergangenheit nicht objektiv beurteilen (act. G26.14-5). Im Zeitraum vom 22. April 2010 bis 31. August 2010 war die Klägerin sodann unbestritten sowie aktenmässig ausgewiesen zu 100% arbeitsunfähig und erhielt Krankentaggelder der Swica (vgl. act. G26.3, G26.14, G26.18). Dr. G.____ beurteilte in seinem Gutachten vom 15. Juni 2010, die Klägerin brauche dringend entweder eine stationäre psychosomatische Rehabilitation über vier Wochen oder ergänzend zur gegenwärtigen ambulanten psychiatrischen Behandlung ein Körperaufbauprogramm. Unter diesen therapeutischen Massnahmen sei mit der Wiederherstellung der vollen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit ab 1. September 2010 zu rechnen (act. G26.14-5). Da die Klägerin in der Folge trotz Zuweisung durch Dr. I.____ keine stationäre Therapie durchführte (act. G1.4, G26.4, G26.13), kann nicht davon ausgegangen werden, die durch Dr. G.____ prognostizierte 100%ige Arbeitsfähigkeit per 1. September 2010 sei eingetreten. Wie die Beklagte zu Recht geltend macht, handelte es sich bei der Tätigkeit bei der K.____ auch nicht um eine adaptierte Tätigkeit (act. G50). Dr. I.____ attestierte der Klägerin bis zum 14. Oktober 2010 weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 50 bzw. 100% (act. G26.18, G27.2). Dr. L.____ ging zwar erst ab Januar 2011 von einer gesicherten Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht aus, merkte aber an, das damals ausgeübte 100% Pensum bei der K.____ wäre ihr rein theoretisch nicht mehr zumutbar gewesen (act. G1.16, S. 17). Zudem hatte sie sich entsprechend dem Auftrag der IV-Stelle auf die Beurteilung des Zeitraumes nach der IV-Anmeldung konzentriert und hatte keine umfassende Aktenkenntnis (insbesondere betreffend Arbeitsunfähigkeit im Jahr 2010; vgl. act. G1.16, S. 2 f.). Dies ist insbesondere deshalb relevant, als Dr. L.____ sich aufgrund nur spärlicher und ungenauer Information der Klägerin stark auf die Aktenlage hat stützen müssen (vgl. IV-act. 95).

6.2 Bei den drei je nur ein- bis zweimonatigen erwerblichen Tätigkeiten der Klägerin zwischen Mai und Dezember 2010 ist sodann von Arbeitsversuchen auszugehen (vgl.



act. G1.15). Dasselbe gilt für die Tätigkeit bei der K.____ vom 15. November 2010 bis 3. Februar 2011, wobei der letzte Arbeitstag bereits am 21. Januar 2011 war (act. G1.3, G1.5, G5). Die Klägerin war befristet angestellt worden (act. G1.3). Nachdem sie mangels Erbringens der geforderten Leistungen in eine andere Abteilung versetzt worden und auch dort die gestellten Anforderungen nicht hatte erfüllen können, wurde ihr noch innerhalb der Probezeit gekündigt (act. G1.5). Dr. I.____ berichtete am 14. März 2011, die Klägerin habe sich nach der depressiven Episode vom April bis September 2010 kaum erholt gehabt und eine über das Zumutbare anstrengende Arbeit angenommen, was erneut zur psychischen und physischen Erschöpfung geführt habe. Die Kündigung der Arbeitsstelle habe sie gekränkt und noch mehr deprimiert (act. G1.4). Am 27. März 2014 hielt Dr. I.____ fest, die Klägerin habe nach der depressiven Episode im Jahr 2010 eine äusserst anstrengende Stelle bei der K.____ angenommen. Sie habe die von ihr empfohlene psychosomatische Rehabilitation nicht annehmen wollen und habe sich, nachdem ihr Dr. G.____ eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert habe, erneut in die Arbeit gestürzt. Leider habe sie diese schwere körperliche Arbeit trotz Einnahme von Antidepressiva und ressourcenorientierten Gesprächen wegen einer erneuten depressiven Episode nicht ausüben können. Die Kündigung der K.____ habe sie wieder in eine tiefe Depression geworfen (IV-act. 64). Die Klägerin gab am 14. Februar 2011 gegenüber Dr. I.____ an, sie sei erleichtert über die Kündigung der K.____. Es habe sich bestätigt, dass sie für Fabrikarbeit unfähig sei (act. G27.1). Auch Dr. L.____ bezeichnete die Tätigkeit bei der K.____ als Arbeitsversuch (act. G1.16, S. 3). Diese war damit nicht geeignet, um den zeitlichen Konnex zwischen der im September 2008 eingetretenen Arbeitsunfähigkeit und der späteren Invalidität zu unterbrechen. Ab 17. Januar 2011 war die Klägerin sodann unbestritten durchgehend (teil)arbeitsunfähig (act. G1.4, G1.16, IV-act. 64, 71, 77) und erhielt ab 1. Juli 2012 eine halbe Rente der Invalidenversicherung (act. G1.7).

6.3 Zusammenfassend ist die massgebliche Arbeitsunfähigkeit erstmals während des Vorsorgeverhältnisses mit der Beigeladenen 1 eingetreten und der zeitliche Zusammenhang wurde bis zum Eintritt der Invalidität nicht unterbrochen. Eine Leistungspflicht der Beklagten ist damit zu verneinen.

7.

7.1 Nach dem Gesagten ist die Klage abzuweisen.



7.2 Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 73 Abs. 2 BVG).

7.3 Entsprechend dem Verfahrensausgang hat die Klägerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Der Antrag der Beklagten auf eine Parteientschädigung (act. G5) ist abzuweisen, da sie als mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betraute Versicherung keinen Anspruch auf eine solche hat (vgl. BGE 118 V 169, E. 7).

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Klage wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

3.

Für dieses Verfahren wird keine Parteientschädigung zugesprochen.