

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2021 36

Urteil vom 3. Juni 2022

Besetzung

lic.iur. Achilles Humbel, Präsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter
lic.iur. Anna Maria Rüesch, Gerichtsschreiberin

Parteien

A. _____,
Klägerin,
vertreten durch Rechtsanwältin lic.iur. B. _____

gegen

1. C. _____,
vertreten durch die D. _____,
2. E. _____,
Beklagte,

Gegenstand

Berufliche Vorsorge (Leistungen aus beruflicher Vorsorge)

Sachverhalt:

A.1 A._____ (geb. 1965) - verheiratet und Mutter von vier Söhnen (Jahrgänge 1990, †1994 und 1995 [Zwillinge]) - arbeitete seit dem 1. Mai 2001 als PR-Beraterin und Projektmanagerin bei der G._____ AG in _____ in einem Teilzeitpensum von 40% (bis 30.4.2002) bzw. 60% (ab 1.5.2002; insoweit bei der E._____ [ehemals H._____ AG bzw. I._____] berufsvorsorgeversichert; nachfolgend: Beklagte Ziff. 2; vgl. K-act. 2 i.V.m. K-act. 7 [S. 28 Ziff. 1.2]; B2-act. 1).

A.2 Als Folge eines Fehltrittes beim Bowling verletzte sich A._____ am 19. Februar 2003 das linke Knie, woraufhin am 20. Februar 2003 eine Kniearthroskopie durchgeführt wurde (vgl. K-act. 7 [S. 14]). Es wurde eine erstmalige Patellaluxation des linken Knies mit Zerreissung des medialen Retinakulum und eine Knorpelläsion des medialen Patellarandes (vgl. K-act. 7 [S. 2, Operationsbericht vom 20.2.2003]) und im Anschluss daran die Entwicklung einer passageren Algodystrophie (Complex Regional Pain Syndrom; vgl. K-act. 7 [S. 33 Ziff. 2.1; S. 35]) diagnostiziert. Die schleppende Heilbehandlung führte zu einer schwankenden Arbeitsunfähigkeit zwischen 0% und 100% (vgl. K-act. 7 [S. 4ff./S. 44]). Die J._____ - als Unfallversicherer - anerkannte die damit verbundene Leistungspflicht und erbrachte die hierfür gesetzlichen Leistungen (vgl. K-act. 7 [S. 29]).

B.1 Am 12. Januar 2004 erfolgte die Anmeldung bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (vgl. K-act. 7 [S. 5]).

Das Arbeitsverhältnis wurde auf den 31. März 2005 von der Arbeitgeberin gekündigt. Am 15. Januar 2007 meldete sich A._____ bei der Arbeitslosenversicherung und konnte per 1. Juni 2007 eine Stelle als Geschäftsführerin im 60%-Pensum beim Verein K._____ mit Arbeitsort _____ antreten (vgl. K-act. 7 [S. 13; S. 34 Ziff. 3.2; S. 37f.]).

B.2 Am 8. März 2008 verletzte sich A._____ bei einem Sturz erneut am linken Knie - mit Diagnose Status nach Kontusion Knie links mit/bei nicht-dislozierter Patella-Längsfraktur im lateralen Drittel; die entsprechenden Verletzungen heilten folgenlos ab (vgl. K-act. 7 [S. 14/15/16/20]). Gleichzeitig wurde bei A._____ eine rezidivierende depressive Störung mit mittelgradiger depressiver Episode (F33.1) - bestehend seit Frühling 2008 - diagnostiziert; daraufhin wurde eine psychiatrisch-psychotherapeutische und eine Psychopharmakabehandlung verordnet (vgl. K-act. 7 [S. 18/20/24]). Ab 16. Februar 2009 konnte

A._____ ihr Pensum - nach einer allmählichen Steigerung - von 60% wieder aufnehmen (vgl. K-act. 7 [S. 16/17]).

B.3 Am 2. Mai 2011 erstellte L._____ (Oberärztin, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am N._____ im Auftrag der IV-Stelle Zürich ein psychiatrisches Gutachten. Dabei stellte sie die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, aktuell mit mittelgradiger depressiver Episode, bestehend seit 2008 (F33.1) (vgl. K-act. 7 [S. 18]).

C. Mit Verfügungen vom 19. Dezember 2011 sprach die IV-Stelle des Kantons Zürich A._____ (sowie ihren zwei bzw. drei sich noch in Ausbildung befindenden Kindern) mit Wirkung ab 1. Februar 2004 bis 31. März 2005 eine ganze Invalidenrente, ab 1. April 2005 bis 31. Juli 2006 eine Viertelsrente, ab 1. August 2006 bis 31. März 2008 eine Dreiviertelsrente, ab 1. April 2008 bis 30. April 2009 eine ganze Invalidenrente und ab 1. Mai 2009 eine unbefristete Viertelsrente zu (vgl. K-act. 4; B2-act. 2). In der Folge sprach die I._____ A._____ am 7. Februar 2012 rückwirkend ab 1. Juni 2006 entsprechende Rentenleistungen aus BVG zu (vgl. B2-act. 3).

D.1 Per 1. August 2012 wechselte A._____ ihre Stelle und arbeitete fortan als Projektleiterin für den Verein M._____ (der Arbeitsort lässt sich den Akten nicht entnehmen) in einem 60%-Pensum (insoweit bei der C._____ berufsvorsorgeversichert; nachfolgend: Beklagte Ziff. 1; vgl. K-act. 7 [S.20]; K-act. 9).

D.2 Im November 2015 wurde bei A._____ ein invasives lobuläres Mammakarzinom links diagnostiziert; am 4. Januar 2016 erfolgte eine Quadrantektomie und Sentinel-Lymphadenektomie axillär links, mit adjuvanter Radiotherapie vom 25. Februar bis 21. März 2016 und anschliessender endokriner Therapie mit Tamoxifen (vgl. K-act. 7 [S. 21f./33/40]).

D.3 Am 16. Mai 2016 stürzte A._____ vom Pferd; dabei zog sie sich eine undislozierte Fraktur der HWK1 (arcus und massa lateralis) und der HWK7 (processus transversus links) sowie eine Commotio cerebri zu, wobei die Frakturen konservativ behandelt werden konnten (vgl. K-act. 7 [S. 34]). Im Juli 2016 nahm sie ihr Arbeitspensum von 60% wieder auf (vgl. K-act. 7 [S. 23/24/ 43]). Am 19. August 2016 begab sich A._____ erneut in psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (vgl. K-act. 7 [S. 24]).

E.1 Anfangs 2017 wurde bei A._____ eine Fatigue-Symptomatik diagnostiziert (vgl. K-act. 7 [S.25ff./34/41]), welche zu einer Reduktion ihres Arbeitspensums führte (vgl. K-act. 7 [S. 41/43]).

E.2 Als Folge dessen ersuchte A._____ die IV-Stelle am 18. April 2017 um Erhöhung ihrer IV-Rente, woraufhin die IV-Stelle mit Verfügung vom 5. März 2018 ihren Anspruch ab 1. Juni 2017 auf eine Dreiviertelsrente erhöhte (vgl. K-act. 7 [S. 30]; B2-act. 4).

E.3 Alsdann wandte sich A._____ an die Beklagten, zur Klärung der Frage, welche der Vorsorgeeinrichtungen für die Erhöhung der Invalidenrente rentenleistungspflichtig sei. Zur Beurteilung der entsprechenden Leistungspflicht vereinbarten die beiden Vorsorgeeinrichtungen, die O._____ mit der Begutachtung bzw. mit der Beantwortung folgender Fragestellung zu beauftragen (vgl. K-act. 8/9/7 [S.1/43; B1-act. je Nr. 1]):

Kann **aufgrund der Aktenlage** die im Sommer 2017 bei der versicherten Person beschriebene "Fatigue-Symptomatik", die zu einer Erhöhung der IV-Rente führte, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit

- a) als Symptomatik oder als natürliche kausale Folge zu bzw. in Wechselwirkung mit der bereits seit mindestens 2008 bestehenden rezidivierenden depressiven Störung zugerechnet werden oder
- b) als Fatigue-Syndrom natürlich kausal zu oder in Wechselwirkung mit der Chemotherapie [recte: Radio- und Hormontherapie] im Rahmen eines Mammakarzinoms im Jahr 2016 gewertet werden?

E.4 Am 12. Juli 2019 erstellte Dr.med. P._____ (Rheumatologie FMH, EMBA; MAS Versicherungsmedizin; Chefarzt) von der O._____ ein entsprechendes Aktengutachten (vgl. K-act. 7). Mit Schreiben vom 25. September 2019 bzw. 3. Dezember 2019 lehnten beide Vorsorgeeinrichtungen eine Leistungspflicht ihrerseits ab, im Wesentlichen mit der Begründung, gestützt auf das Aktengutachten lasse sich keine eindeutige Zuständigkeit bezüglich der Rentenleistungspflicht festlegen (vgl. K-act. 8/9). Die Beklagte Ziff. 1 erklärte sich als vorleistungspflichtig; die Einreichung einer Klage bezüglich der Frage der Zuständigkeit hinsichtlich der Leistungspflicht konnte sie gegenüber A._____ nicht in absehbarer Zeit in Aussicht stellen (vgl. K-act. 9/10).

F. Daraufhin liess A._____ am 31. Mai 2021 (Postaufgabe: gleichentags) beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Klage gegen die C._____ (nachfolgend: Beklagte Ziff. 1) und die E._____ (nachfolgend: Beklagte Ziff. 2) mit den folgenden Begehren erheben:

1. Es sei der Klägerin zu Lasten der Beklagten 1 eine Invalidenrente von mindestens Fr. 10'864.50 zuzüglich Kinderrenten von je Fr. 2'173.00 zuzusprechen, zuzüglich Zins zu 5 % ab heutigem Datum.
2. Eventualiter sei der Klägerin zu Lasten der Beklagten 2 eine Invalidenrente von insgesamt mindestens Fr. 12'600.00 zuzüglich Kinderrenten von je Fr. 2'520.00 zuzusprechen, zuzüglich Zins zu 5% ab heutigem Datum.

3. Es sei ein zweiter Schriftwechsel durchzuführen.
4. Es sei der Klägerin Gelegenheit zu geben nach Edition der gesamten Akten, Berechnungen und Begründungen zur Höhe der geschuldeten Renten Stellung zu nehmen.

Unter ausgangsgemässer Kosten- und Entschädigungsfolge.

G. Mit Klageantwort vom 21. Juni 2021 beantragt die Beklagte Ziff. 2, es sei der Klägerin zu Lasten der Beklagte Ziff. 1 eine Invalidenrente von mindestens Fr. 10'864.50 zuzüglich Kinderrenten von je Fr. 2'173.-- zuzusprechen, zuzüglich Zins zu 5% ab dem 21. Juni 2021 (Datum der Klageantwort); weitergehend sei die Klage abzuweisen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Mit Klageantwort vom 19. August 2021 lässt die Beklagte Ziff. 1 die Abweisung der Klage beantragen - soweit sie sich gegen die Beklagte Ziff. 1 richte - unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Klägerin bzw. der Beklagten Ziff. 2.

H. Mit Replik vom 19. Oktober 2021 hält die Klägerin an ihren Anträgen fest. Am 9. November 2021 bzw. 10. November 2021 reichen die Beklagte Ziff. 1 bzw. die Beklagte Ziff. 2 je eine Duplik ein. Mit Schreiben vom 23. November 2021 verzichtete die Beklagte Ziff. 1 auf die Einreichung einer Triplik. Am 8. Dezember 2021 liess sich die Beklagte Ziff. 2 zur Duplik der Beklagten Ziff. 1 vom 9. November 2021 vernehmen. Hierzu nahm die Beklagte Ziff. 1 am 16. Dezember 2021 Stellung. Mit Eingabe vom 23. Dezember 2021 verzichtete die Beklagte Ziff. 2 auf die Einreichung einer weiteren Stellungnahme. Die Klägerin liess sich in der Angelegenheit nicht weiter vernehmen.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1 Auseinandersetzungen zwischen Vorsorgeeinrichtungen, Arbeitgebern und Anspruchsberechtigten sind im Klageverfahren nach Art. 73 des Bundesgesetzes über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG; SR 831.40) vom 25. Juni 1982 auszutragen. Die Kantone haben ein einfaches, rasches und in der Regel kostenloses Verfahren vorzusehen; der Richter stellt den Sachverhalt von Amtes wegen fest (Art. 73 Abs. 2 BVG). Gerichtsstand ist der schweizerische Sitz oder Wohnsitz des Beklagten oder der Ort des Betriebes, bei dem der Versicherte angestellt wurde (Art. 73 Abs. 3 BVG).

1.2.1 Gemäss § 4 Abs. 1 der Kantonalen Vollzugsverordnung zum Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (VVzBVG; SRSZ 363.111) vom 27. September 1983 beurteilt im Kanton Schwyz das Verwaltungsgericht als einzige kantonale Instanz Streitigkeiten zwischen Vorsorge-

einrichtungen, Arbeitgebern und Anspruchsberechtigten gemäss Art. 73 BVG. Das Verfahren richtet sich nach den Vorschriften über die verwaltungsrechtliche Klage gemäss den §§ 67 bis 70 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes (VRP; SRSZ 234.110) vom 6. Juni 1974.

1.2.2 In Bezug auf die örtliche Zuständigkeit ist auf die bundesgerichtliche Praxis zu verweisen, wonach sich bei Streitigkeiten über die Abgrenzung der Leistungspflicht mehrerer Vorsorgeeinrichtungen gestützt auf Art. 23 BVG ein einheitlicher Gerichtsstand aufdrängt (vgl. VGE I 2018 95 vom 11.9.2019 Erw. 1.2.2 m.H.a. Hans-Ulrich Stauffer, Die berufliche Vorsorge, 3. Auflage 2013, S. 286 m.w.H.a. SVR 2012 BVG Nr. 34 [Urteil BGer 9C_41/2012 vom 12.3.2012]; passive subjektive Klagehäufung).

1.2.3 Die G. _____ AG (seit 24.5.2006 Q. _____ AG mit Sitz in _____) als vormalige Arbeitgeberin hat(te) ihren Sitz im Kanton Schwyz (vgl. vorstehend Ingress lit. A.1 f und C). Die örtliche (und sachliche) Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts des Kantons Schwyz zur Beurteilung der Klage ist daher gegeben (Art. 73 Abs. 3 BVG). In Bezug auf die Beklagte Ziff. 1, die wie die Arbeitgeberin, über welche die Klägerin vorsorgeversichert war, ihren Sitz nicht im Kanton Schwyz hat(te), liegt ein Anwendungsfall der passiven subjektiven Klagehäufung vor. Das Verwaltungsgericht Schwyz ist somit insgesamt unbestrittenermassen für die Klagebeurteilung zuständig.

1.3.1 Gemäss § 68 Abs. 1 VRP teilt der Kläger vor Einreichung der Klage dem Beklagten sein Begehren schriftlich mit. Der Beklagte nimmt dazu innert angemessener Frist Stellung. Kommt eine Partei dieser Pflicht nicht nach, so kann das Verwaltungsgericht darauf bei der Kostenaufgabe Rücksicht nehmen (vgl. § 68 Abs. 2 VRP).

1.3.2 Vor Klageerhebung erfolgten zwischen den Parteien unbestrittenermassen zahlreiche Schriftenwechsel zur Klärung der Frage, welche Vorsorgeeinrichtung für die Erhöhung der Invalidenrente zuständig sei, unter Einschluss der gemeinsamen Vereinbarung über die Einholung eines MEDAS-Gutachtens. Diese Vereinbarung behielt in Ziff. 5 explizit vor, dass die Klägerin - sollte das Gutachten keine eindeutige Zuständigkeit festlegen - weiterhin zur Klage gegen beide Vorsorgeeinrichtungen berechtigt ist (vgl. K-act. 8). Damit haben die Parteien den Anforderungen an das Vorverfahren gemäss § 68 Abs. 1 VRP Genüge getan, was unbestritten ist.

1.4.1 Die Klage nach Art. 73 BVG bedingt die Darlegung sämtlicher rechtserheblicher Tatsachen und Beweismittel zu sämtlichen anspruchsbegründenden

Voraussetzungen. Zwar gilt auch im Rahmen der beruflichen Vorsorge der Untersuchungsgrundsatz (Art. 73 Abs. 2 BVG); dieser wird aber durch die Mitwirkungspflichten der Parteien beschränkt (vgl. BGE 125 V 193 Erw. 2). Dazu gehört in erster Linie die Substantiierungspflicht, die besagt, dass die wesentlichen Tatsachenbehauptungen und -bestreitungen in den Rechtsschriften enthalten sein müssen. Die Bestreitungslast darf nicht zu einer Umkehr der Behauptungs- und Beweislast führen. An den Untersuchungsgrundsatz sind geringe Anforderungen zu stellen, wenn die Parteien anwaltlich vertreten sind (vgl. Hürzeler/ Stauffer, Basler Kommentar, Berufliche Vorsorge, 1. Auflage, Basel 2021, Art. 73 N 66 m.H.a. Urteil BGer 9C_255/2018 vom 31.10.2018 Erw. 5.3 und Urteil BGer 9C_48/2017 vom 4.9.2017 Erw. 2.2.2).

1.4.2 Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten (vgl. hierzu nachstehend Erw. 3.5.3) und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung). In einem solchen Vorgehen liegt kein Verstoss gegen das rechtliche Gehör gemäss Art. 29 Abs. 2 Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV; SR 101) vom 18. April 1999 vor (vgl. BGE 124 V 94 Erw. 4b; BGE 122 V 162 Erw. 1d m.H.).

1.4.3 Nachdem anhand der vorliegenden Akten und insbesondere durch das umfassende MEDAS-Gutachten der Sachverhalt genügend geklärt ist - wie nachfolgend noch aufzuzeigen sein wird (vgl. nachstehend Erw. 5) - und durch die Edition weiterer Unterlagen keine neuen Erkenntnisse (u.a. bezogen auf die vorliegend massgebliche Diagnose; vgl. nachstehend Erw. 5.1) zu erwarten sind, erübrigt sich die von der Klägerin verlangte Edition weiterer Akten, insbesondere derjenigen der Eidgenössischen Invalidenversicherung bzw. der IV-Stelle des Kantons Zürich (vgl. Klageschrift vom 31.5.2021, Ziff. 7 bzgl. Verfahrens Antrag).

1.5 Dem Klageantrag Ziff. 2 (doppelter Schriftenwechsel) wurde Rechnung getragen.

2.1 Unter Bezugnahme auf die IV-Verfügung vom 5. März 2018 (vgl. vorstehend Ingress lit. E.2) ersuchte die Klägerin die Beklagte Ziff. 1 bzw. Beklagte Ziff. 2 um die Ausrichtung einer BVG-Invalidenrente (vgl. Klage vom 31.5.2021 S. 6 Ziff. 6/8). Gestützt auf das in der Folge erstellte Aktengutachten der O. _____ vom 12. Juli 2019 erklärten sich sowohl die Beklagte Ziff. 1 als auch die Beklagte Ziff. 2 als nicht zuständig für zusätzliche Leistungen aus der Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Klägerin (vgl. K-act. 8/9; Klage

vom 31.5.2021 S. 7ff.; Klageantwort der Beklagten Ziff. 2 vom 21.6.2021 S. 3/4 Ziff. 1.2.; Klageantwort der Beklagten Ziff. 1 vom 19.8.2021 S. 4 Ziff. 7; vorstehend Ingress E.3/E.4).

2.2 In ihrer Klageschrift vom 31. Mai 2021 bzw. Replik vom 19. Oktober 2021 begründet die Klägerin die Leistungspflicht der Beklagten Ziff. 1 bzw. Ziff. 2 im Wesentlichen wie folgt:

2.2.1 Sie habe am 19. Februar 2003 einen Unfall erlitten und sich dabei am linken Knie verletzt; im März 2008 habe sie einen weiteren Unfall erlitten, bei welchem sie auf das linke Knie gestürzt sei und sich wiederum Verletzungen zugezogen habe; infolge dieses zweiten Unfalls sei sie an einer rezidivierenden depressiven Störung erkrankt (vgl. Klage vom 31.5.2021 S. 3f. Ziff. 3). Der erste Unfall habe zu einer Invalidität geführt. Der zweite Unfall sei aus versicherungsrechtlicher Sicht soweit folgenlos abgeheilt. Seit April 2008 habe zudem eine psychiatrische Problematik mit rezidivierenden depressiven Störungen bestanden, bezüglich welcher sie sich in psychiatrische Behandlung begeben habe (vgl. Klage vom 31.5.2021 S. 4 Ziff. 4).

2.2.2 Im November 2015 sei bei der Klägerin ein Mammakarzinom diagnostiziert worden, welches operativ entfernt und anschliessend mit einer Radio- und Hormontherapie angegangen worden sei. Am 16. Mai 2016 sei sie vom Pferd gestürzt und habe sich Frakturen an der HWS sowie eine Commotio cerebri zugezogen, diese Verletzungen hätten nicht zu einer länger andauernden Arbeitsunfähigkeit geführt. Die zum Jahreswechsel 2015/2016 reaktiv auf die Brustkrebskrankung aufgetretene Anpassungsstörung mit Angst und Depression sei seit Wiederaufnahme der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung am 19. August 2016 symptomatisch rückläufig gewesen, wie dies die behandelnde Psychiaterin Dr.med. R._____ in ihrem Bericht vom 10. Februar 2017 festgehalten habe; diesem sei zudem zu entnehmen, dass die Klägerin sehr rasch müde werde und sich trotz vieler Stunden Schlaf nach einiger Zeit zunehmend angestrengt fühle, verbunden mit Nachlass von Konzentration und Aufmerksamkeit. Aufgrund dieser anhaltenden Fatigue seien weitere Abklärungen erfolgt. Ein Eisenmangel sowie Hypothyreose als Ursache für die pathologische Müdigkeit hätten ausgeschlossen werden können. Dr.med. S._____ habe als Spezialarzt für Blut- und Krebskrankheiten feststellen können, dass die anamnestisch bekannte Depression gut eingestellt sei und für die Fatigue nicht verantwortlich gemacht werden könne. Gleichzeitig habe er erkannt, dass eine mutmasslich konstitutionell bedingte arterielle Hypotonie mitursächlich sein bzw. es sich möglicherweise auch um unerwünschte

Nebenwirkungen auf die Medikation handeln könnte. Schliesslich habe Dr.med. S._____ die vermehrte Müdigkeit der Klägerin chronisch und somatisch nicht klar zuordnen können (vgl. Klage vom 31.5.2021 S. 5f. Ziff. 6).

2.2.3 Des Weiteren verweist die Klägerin auf das von allen Parteien in Auftrag gegebene O._____ -Aktengutachten vom 12. Juli 2019, in welchem sich die Gutachter dahingehend geäussert hätten, dass eine sichere Differenzierung zwischen den Symptomen der psychiatrischen Erkrankung und einer Cancer-Related Fatigue aufgrund der Aktenlage zwar nicht möglich sei. Gleichzeitig weise sie jedoch darauf hin, dass die beklagte Müdigkeit mit Sicherheit erst nach der Diagnose des Mammakarzinoms aufgetreten sei und dass etwa ein Drittel aller Betroffenen, die eine Krebserkrankung überleben, an einer störenden Müdigkeit leiden würden. Dabei spiele keine Rolle, dass sich die Klägerin lediglich einer Hormontherapie mit Tamoxifen und nicht einer Chemotherapie unterzogen habe. Es sei dabei nicht völlig klar, ob der Tumor selber oder dessen Behandlung für die Symptomatik verantwortlich sei. Ferner bestünde die Möglichkeit, dass die Konfrontation mit einer neuen, potenziell lebensbedrohlichen Erkrankung die psychische Symptomatik reaktiviert habe. Die Gutachter seien zudem davon ausgegangen, dass sich der Gesundheitszustand der Klägerin ohne die Diagnose eines Mammakarzinoms nicht von sich aus anhaltend verschlechtert habe. Ob die Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes durch eine Cancer-Related Fatigue im engeren Sinne oder durch die Reaktivierung der vorbestehenden psychischen Symptomatik verursacht worden sei, lasse sich zwar nicht zuverlässig differenzieren. Die Ausführungen der Gutachten sprächen indes dafür, dass die Krebserkrankung Ursache der Erhöhung des Invaliditätsgrades gewesen sei, was eine Leistungspflicht der Beklagten Ziff. 1 zur Folge habe (vgl. Klage vom 31.5.2021 S. 7. Ziff. 8 sowie S. 9f. Ziff. 12/13; Replik vom 19.10.2021 S. 3ff, Ziff. 4 Abs. 2 und Ziff. 5/6). Daran vermöge auch die erst im verwaltungsgerichtlichen Verfahren eingereichte Stellungnahme des Vertrauensarztes der Beklagten Ziff.1 nichts zu ändern. Sollten gleichwohl Zweifel an den Ausführungen im gemeinsam in Auftrag gegebenen Gutachten aufkommen, so beantrage die Klägerin, die Stellungnahme des Vertrauensarztes der Beklagten Ziff. 1 den Gutachtern vorzulegen (vgl. Replik vom 19.10.2021 S. 7 Ziff. 7/9).

2.2.4 Für eine Leistungspflicht der Beklagten Ziff. 1 spreche schliesslich auch, dass die Klägerin zwischen dem 16. Februar 2009 und der neu aufgetretenen Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Krebserkrankung im November 2015 während rund 6.5 Jahren in einem Teilzeitpensum von 60% erwerbstätig gewesen sei; zudem weise die behandelnde Psychiaterin Dr.med. R._____ darauf hin, dass sich der seelische Gesundheitszustand der Klägerin seit Wiederaufnahme

der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung am 19. August 2016 wieder verbessert habe bzw. die aufgetretene Anpassungsstörung mit Angst und Depressionen rückläufig gewesen sei (vgl. Klage vom 31.5.2021 S. 11f. Ziff. 13).

2.2.5 Mithin ergebe sich, dass die Klägerin zum Zeitpunkt der Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes bei der Beklagten Ziff. 1 vorsorgeversichert bzw. die während diesem Vorsorgeverhältnis eintretende Krebserkrankung Ursache für die Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes war, was zur Erhöhung des Invaliditätsgrades geführt habe. Damit sei die Beklagte Ziff. 1 - eventualiter die Beklagte Ziff. 2 (vgl. Klage vom 31.5.2021 S. 12f. letzter Absatz [i.V.m. S. 12 Ziff. 14]) - zu verpflichten der Klägerin die BVG-Leistungen auszurichten (vgl. Klage vom 31.5.2021 S. 12f. letzter Absatz).

2.3 Demgegenüber verneinen die Beklagten Ziff. 1 und Ziff. 2 ihre Leistungspflicht für eine IV-Rente aus BVG folgendermassen:

2.3.1 Die Beklagte Ziff. 1 - bei der die Klägerin seit dem 1. August 2012 berufsvorsorgeversichert ist (vgl. vorstehend Ingress lit. D.1) - macht im Wesentlichen geltend, dass gestützt auf die vorliegende Aktenlage die relevante Arbeitsunfähigkeit bzw. die im Sommer 2017 bei der Klägerin beschriebene "Fatigue-Symptomatik" - die zu einer Erhöhung der IV-Rente führte - mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als Symptomatik oder als natürlich kausale Folge der bereits seit 2008 diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störung - mit zentralen Symptomen von erhöhter Erschöpfung- und Ermüdbarkeit sowie Verlust von Energie und Antrieb - zugerechnet werden könne; diese depressive Störung sei die wesentliche Ursache für die Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Klägerin und nicht die Krebserkrankung, die lediglich als "Trigger" angesehen werden könne (vgl. Klageantwort vom 19.8.2021 S. 2 Ziff. 2, S. 3f. Ziff. 5/6/9, S. 7 Ziff. 11; vgl. Duplik vom 9.11.2021 S. 2ff. Ziff. 3/4). Dabei gelte es zu beachten, dass das Fatigue-Syndrom nicht zeitnah zur Krebserkrankung, sondern erst nach über einem Jahr - namentlich erst nach Genesung von der Krebserkrankung - aufgetreten sei; dies sei im O. _____ - Gutachten vom 12. Juli 2019 unberücksichtigt geblieben. Zudem würden als mögliche Auslöser der Erschöpfungssymptome sowohl der Tod von drei engeren Freunden an Krebs innerhalb von ein paar Wochen sowie ein Exit-Todesfall in der Bekanntschaft als auch der lange Arbeitsweg aufgeführt. Es liege kein neues Leiden vor, vielmehr handle es sich um ein Aggravieren der vorbestehenden Depression, die bereits zuvor schon zur Invalidität geführt haben soll. Schliesslich bezeichne der Ausdruck "Fatigue-Symptomatik" gemäss internem Experten bzw. Fachspezialisten, ohnehin lediglich einen Symptomen-Komplex

und stelle keine eigenständige aetiologisch herleitbare Erkrankung dar. Mithin sei der sachliche Konnex zwischen der "Fatigue-Symptomatik" vom Sommer 2017 zu der bereits seit 2008 diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gegeben (vgl. Klageantwort vom 19.8.2021 S. 5f. Ziff. 9; Duplik vom 9.11.2021 S. 3f. Ziff. 4). Eine Leistungspflicht der Beklagten Ziff. 1 widerspreche dem Grundprinzip, wonach für eine bereits bestehende Ursache, die Vorsorgeeinrichtung dieser erstmalig für die Krankheit auftretende Vorsorgeeinrichtung zuständig ist (vgl. Klageantwort vom 19.8.2021 S. 7 Ziff. 11).

2.3.2 Die Beklagte Ziff. 2, bei der die Klägerin für das Arbeitsverhältnis der G. _____ AG in _____ (vom 1.5.2001 bis 31.3.2005) bis 31. März 2005 berufsvorsorgeversichert war, macht geltend, dass zur Klärung der Ursächlichkeit der Verschlechterung des Gesundheitszustandes das O. _____-Gutachten vom 12. Juli 2019 erstellt worden sei. Dieses gehe als wahrscheinlichste Hypothese davon aus, dass sich der Gesundheitszustand der Klägerin ohne die Diagnose eines Mammakarzinoms nicht von sich aus anhaltend verschlechtert hätte. Massgeblich sei dabei, dass das Fatigue-Syndrom eine neue, aufgrund der Krebsdiagnose aufgetretene Erkrankung sei, welche schliesslich zur Reduktion der Erwerbstätigkeit geführt habe. Die vom Vertrauensarzt der Beklagten Ziff. 1 dagegen vorgebrachten Einwände vermöchten als reine Parteibehauptungen dieses schlüssige, nachvollziehbare und in sich stimmige Gutachten nicht zu erschüttern. Zudem gelte es zu beachten, dass die Klägerin zwischen dem 16. Februar 2009 und der neu auftretenden Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Krebserkrankung - mithin während über sechs Jahren - in einem 60% Pensum tätig gewesen sei und zwischenzeitlich denn auch die Stelle habe wechseln können. Schliesslich könne der Umstand, dass die Beklagte Ziff. 1 nicht bereit sei die Beklagte Ziff. 2 einzuklagen durchaus als Anerkennung der Leistungspflicht der Beklagten Ziff. 1 gewertet werden. Damit scheidet die Leistungspflicht der Beklagten Ziff. 2 aus (vgl. Klageantwort vom 21.6.2021 S. 3f. Ziff. 1.2/1.4; Duplik vom 10.11.2021 S. 2f. Ziff. 1/2/3; Stellungnahme vom 8.12.2021 S. 2ff. lit. B Ziff. 1/2/3).

2.4 Unbestritten ist der grundsätzliche Anspruch der Klägerin auf Erhöhung ihrer Rente aus der beruflichen Vorsorge infolge Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes - analog der Eidgenössischen Invalidenversicherung Rentenleistungen gemäss Verfügung vom 5. März 2018 (vgl. vorstehend Ingress lit. E.2). Strittig hingegen ist die Ursächlichkeit der Verschlechterung des Gesundheitszustandes, woran letztlich denn auch die Leistungspflicht einer der beklagten Berufsvorsorgeeinrichtungen gegebenenfalls anknüpft.

3.1 Die obligatorische Versicherung nach BVG beginnt mit dem Antritt des Arbeitsverhältnisses. Sie endet u.a., wenn das Arbeitsverhältnis aufgelöst wird (Art. 10 Abs. 2 lit. b BVG). Für die Risiken Tod und Invalidität bleibt der Arbeitnehmer während eines Monats nach Auflösung des Vorsorgeverhältnisses bei der bisherigen Vorsorgeeinrichtung versichert. Beginnt er vorher ein neues Vorsorgeverhältnis, so ist die neue Vorsorgeeinrichtung zuständig (Art. 10 Abs. 3 BVG).

3.2.1 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 (vgl. Art. 23 lit. a BVG). Auf diese Weise wird dem Umstand Rechnung getragen, dass der Versicherte meistens erst nach einer längeren Zeit der Arbeitsunfähigkeit invalid wird. Damit der durch die Zweite Säule gewährte Schutz einen Sinn hat, muss das Invaliditätsrisiko auch dann gedeckt sein, wenn es rechtlich gesehen erst nach einer langen Krankheit eintritt, während welcher der Ansprecher unter Umständen aus dem Arbeitsverhältnis ausgeschieden ist und daher nicht mehr dem Obligatorium untersteht (vgl. VGE I 2018 95 vom 11.11.2019 Erw. 3.2.1 u.a. m.H.a. VGE I 2011 76 vom 14.9.2011).

3.2.2 Unter Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, im Sinne von Art. 23 BVG ist eine Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen im bisherigen Beruf oder Arbeitsbereich zu verstehen (vgl. Urteil BGer 9C_66/2015 vom 9.6.2015 Erw. 1.1 m.H.a. BGE 134 V 20 Erw. 3.2.2, SVR 2014 BVG Nr. 1 und Jürg Brühwiler, Obligatorische berufliche Vorsorge, in: Meyer [Hrsg.], Soziale Sicherheit, SBVR Band XIV, 2007, S. 2042 Rz. 105). Kann vom Versicherten vernünftigerweise verlangt werden, dass er die ihm verbliebene Arbeitsfähigkeit in einem anderen Berufszweig verwertet, ist er unter Berücksichtigung der Arbeitsmarktlage und gegebenenfalls nach einer bestimmten Anpassungszeit nach der beruflichen Tätigkeit zu beurteilen, die er bei gutem Willen ausüben könnte (vgl. BGE 134 V 23 Erw. 3.2.2 m.H.).

3.3.1 Der Anspruch auf Invalidenleistungen der (obligatorischen) beruflichen Vorsorge setzt ferner einen engen zeitlichen und sachlichen Zusammenhang zwischen der während dem andauerndem Vorsorgeverhältnis (einschliesslich Nachdeckungsfrist nach Art. 10 Abs. 3 BVG) bestandenen Arbeitsunfähigkeit und der allenfalls erst später eingetretenen Invalidität voraus (Art. 28 und 29 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20] vom 19.6.1959 i.V.m. Art. 26 Abs. 1 BVG; vgl. BGE 130 V 270 Erw. 4.1; Urteil BGer 9C_147/2017 vom 20.2.2018 Erw. 2 m.H.a. BGE 134 V 20 Erw. 3.2 m.w.H.).

3.3.2 Der sachliche Konnex ist gegeben, wenn der Gesundheitsschaden, welcher zur Arbeitsunfähigkeit geführt hat, im Wesentlichen derselbe ist, wie er der Erwerbsunfähigkeit zugrunde liegt (vgl. BGE 138 V 409 Erw. 6.2). Dies setzt bei (späterer) Invalidität aus psychischen Gründen voraus, dass sich die Störung während noch bestehender Versicherungsdeckung manifestiert und das Krankheitsgeschehen erkennbar mitgeprägt hatte (vgl. BGer 9C_158/2018 vom 19.12.2018 Erw. 2 m.H.a. BGE 134 V 20 Erw. 3.2 und Urteil des EVG B 37/06 vom 22.9.2006 Erw. 3.3).

Die gesundheitliche Beeinträchtigung muss sich auf das Arbeitsverhältnis sinnfällig auswirken oder ausgewirkt haben; die Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen muss arbeitsrechtlich in Erscheinung getreten sein, etwa durch einen Abfall der Leistungen mit entsprechender Feststellung oder gar Ermahnung des Arbeitgebers oder durch gehäufte aus dem Rahmen fallende gesundheitlich bedingte Arbeitsausfälle (vgl. Urteile BGer 9C_91/2013 vom 17.6.2013 Erw. 4.1.2, 9C_273/2012 vom 20.11.2012 Erw. 4.1.1, 9C_394/2012 vom 18.7.2012 Erw. 3.1.1 und 9C_505/2011 vom 3.1.2012 Erw. 5; vgl. Stauffer, a.a.O., S. 72 oben mit Verweis auf Urteil EVG B 86/01 vom 28.7.2003). Nur bei Vorliegen besonderer Umstände darf die Möglichkeit einer von der arbeitsrechtlich zu Tage getretenen Situation abweichenden Lage in Betracht gezogen werden, etwa in dem Sinne, dass ein Arbeitnehmer zwar zur Erbringung einer vollen Arbeitsleistung verpflichtet war und auch entsprechend entlohnt wurde, tatsächlich aber doch keine volle Arbeitsleistung erbringen konnte (vgl. Urteil BGer 9C_61/2014 vom 23.7.2014 Erw. 5.1 m.H.). Dabei ist gegebenenfalls äusserste Zurückhaltung geboten, da ansonsten die Gefahr bestünde, den Versicherungsschutz zu vereiteln (vgl. SVR 2008 IV Nr. 11 Erw. 5).

3.3.3 Der zeitliche Konnex setzt voraus, dass zwischen der früheren Arbeitsunfähigkeit und der späteren Invalidität bzw. deren Verschlimmerung keine längere Periode der Arbeitsfähigkeit liegt. Bei der Prüfung dieser Frage sind die gesamten Umstände des konkreten Einzelfalles zu berücksichtigen, namentlich die Art des Gesundheitszustandes, dessen prognostische Beurteilung durch den Arzt sowie die Beweggründe, welche die versicherte Person zur Wiederaufnahme oder Nichtwiederaufnahme der Arbeit veranlasst haben (vgl. BGE 123 V 264 f. Erw. 1c; BGE 120 V 117 ff. Erw. 2c/aa f. m.H.).

3.4.1 Der rechtsgenügende Nachweis einer berufsvorsorgerechtlich relevanten Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen erfordert nicht zwingend eine echtzeitlich ärztlich attestierte Arbeitsunfähigkeit. Nachträgliche Annahmen und spekulative Überlegungen, wie etwa eine erst nach Jahren rückwirkend fest-

gelegte medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit, ohne dass der frühere Arbeitgeber die Leistungseinbusse bemerkt hätte, reichen indes nicht aus (vgl. Urteile BGer 9C_856/2017 vom 7.9.2018 Erw. 4.2, 9C_100/2018 vom 21.6.2018 Erw. 4.2.2 und 9C_950/2008 vom 18.3.2009 Erw. 3.3 m.H.a. Urteile BGer 9C_368/2008 vom 11.9.2008 Erw. 2 und 9C_96/2008 vom 11.6.2008 Erw. 2.2).

3.4.2 Gemäss Rechtsprechung ist sodann im Falle von Schubkrankheiten bei der Beurteilung des zeitlichen Konnexes zwischen Arbeitsunfähigkeit und Invalidität kein allzu strenger Massstab anzuwenden. Damit soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass derartige Krankheitsbilder sich nicht immer gleich manifestieren und unterschiedliche Verläufe aufweisen. Dies stellt ein erhöhtes Risiko dar, dass die Krankheit zu einem Zeitpunkt ausbricht, in welchem eine Versicherungsdeckung fehlt, was unter dem Gesichtspunkt des Versicherungsschutzes stossend sein kann. Daher kommt bei Schubkrankheiten den gesamten Umständen des Einzelfalles besondere Bedeutung zu (vgl. Urteil BGer 9C_126/2013 vom 13.8.2013 Erw. 4.1 m.H. auf Urteil BGer B 95/06 vom 4.2.2008 Erw. 3.4).

3.5.1 Wo das Gesetz es nicht anders bestimmt, hat derjenige das Vorhandensein einer behaupteten Tatsache zu beweisen, der aus ihr Rechte ableitet (Art. 8 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches [ZGB; SR 210] vom 10.12.1907). Diese Bestimmung verteilt die Beweislast für alle Forderungsstreitigkeiten gestützt auf Bundesrecht und legt fest, welche Partei die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen hat (BGE 126 III 315 Erw. 4a; Urteil EVG 4C.39/2002 vom 30.5.2002 Erw. 2a). Art. 8 ZGB regelt aber nicht die Beweiswürdigung und schliesst insbesondere eine antizipierte Beweiswürdigung nicht aus (vgl. BGE 127 III 519 Erw. 2a; BGE 126 III 315 Erw. 4a; Urteil BGer 9C_649/2007 vom 23.5.2008 Erw. 3). Im Berufsvorsorgeprozess ist der Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen (Untersuchungsgrundsatz; Art. 73 Abs. 2 BVG); die materielle Beweislast beinhaltet daher keine Beweisführungslast (BGE 117 V 261 Erw. 3; Urteile BGer 9C_915/2013 vom 3.4.2014 Erw. 2 und 9C_381/2007 vom 23.9.2008 Erw. 2.1).

3.5.2 Eine Vorsorgeeinrichtung, die ihre Leistungspflichten damit bestreitet, die Arbeitsfähigkeit sei bereits zu Beginn des Vorsorgeverhältnisses gesundheitlich bedingt eingeschränkt gewesen, ist diesbezüglich beweisbelastet, d.h. sie hat die Folgen von Beweislosigkeit zu tragen (vgl. VGE I 2017 76 vom 20.6.2018 Erw. 2.4 Abs. 2 m.H.a. Urteile BGer 9C_658/2016 vom 3.3.2017 Erw. 6.1, 9C_273/2012 vom 20.11.2012 Erw. 4.4.3 und 9C_394/2012 vom 18.7.2012 Erw. 3.1.2).

3.5.3 Schliesslich hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 146 V 51 Erw. 5.1). Die blosse 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 138 V 218 Erw. 6; BGE 126 V 353 Erw. 5b; BGE 125 V 193 Erw. 2).

3.6.1 Für Feststellungen im Bereich der Medizin ist die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter wesensgemäss auf Angaben ärztlicher Fachkräfte angewiesen. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (vgl. BGE 134 V 231 Erw. 5.1). Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (vgl. BGE 125 V 351 Erw. 3a; BGE 122 V 157 f. Erw. 1c).

3.6.2 Den Berichten versicherungsinterner Ärzte kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (vgl. RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311). Ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. BGE 135 V 465 Erw. 4.4 m.H.).

3.6.3 In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass die Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer

Patienten aussagen, weshalb den (unabhängigen) Fachärzten mehr Gewicht zukommt (vgl. Urteil BGer 8C_871/2008 vom 24.3.2009 Erw. 3.2 m.H.; BGE 135 V 465 Erw. 4.5; BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Mit Blick auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag kann daher im Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes abgestellt werden (vgl. statt vieler: Urteil BGer I 701/05 vom 5.1.2007 Erw. 2 m.H.).

3.6.4 Eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten ist nicht an sich unzuverlässig. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (vgl. RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371 Erw. 5b). Dem reinen Aktengutachten kann voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt, und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht. Aktengutachten sind insbesondere dann von Belang, wenn die relevanten Befunde mehrfach und ohne wesentlichen Widerspruch bereits erhoben worden sind, aber die Zuordnung zu einer Diagnose oder der Kausalzusammenhang und das Ausmass der Behinderung verschieden bewertet werden. In diesen Fällen kann in einem Aktengutachten das Für und Wider der verschiedenen Meinungen erwogen und die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung deutlich gemacht werden (vgl. Urteile BGer 8C_540/2007 vom 27.3.2008 Erw. 3.2 m.H.; Urteil BGer 9C_154/2021 vom 10.3.2022 Erw. 2.1 mit Hinweisen, u.a. auf SVR 2010 Nr. 46 S. 143, Urteile BGer 9C_647/2020 vom 26.8.2021 Erw. 4.2 und 9C_524/2017 vom 21.3.2018 Erw. 5.1).

4.1 Das von den Parteien veranlasste Aktengutachten der O. _____ (vgl. vorstehend Ingress lit. E.3) wurde von Dr.med. P. _____ (Rheumatologe FMH, EMBA MAS Versicherungsmedizin, Chefarzt) am 12. Juli 2019 erstellt. Zur Klärung der Fragestellung wurden der Psychiater Dr.med. T. _____, (_____) sowie der Onkologe Dr.med. U. _____ (_____) beigezogen.

Im Gutachten werden zunächst (S. 2 bis 28, Ziff. 1.1) die vorbestehenden Akten zusammengefasst beginnend mit dem Operationsbericht vom 20. Februar 2003 (vgl. vorstehend Ingress lit. A.2) bis 5. Februar 2019 (ärztlicher Bericht von Frau Dr. med. V. _____, Allgemeine Medizin FMH Zürich). Anschliessend werden die Arbeitgeberberichte sowie Beschlüsse und Verfügungen von IV-Stellen und anderen Versicherungen sowie die Beschwerdeverfahren wiedergegeben (S. 28 bis 30 Ziff. 1.2 bis 1.4). Es folgen Zusatzbefunde (Röntgenbefunde; Magnetresonanztomographien u.w.; S. 31 bis 33 Ziff. 1.4.1), die Zusammenstellung der Diagnosen bis und nach dem 1. August 2012 (S. 33 f. Ziff. 2) sowie der medizinischen und versicherungsmedizinischen Beurteilungen der Teilgutachter Dr.med. T. _____ und Dr.med. U. _____ (S. 34 bis 42

Ziff. 3). Nach der Übersicht über den Verlauf der Arbeitsunfähigkeit (S. 42 f. Ziff. 4) werden schliesslich die gestellten Fragen beantwortet (S. 43 f. Ziff. 5).

4.2 Der Zusammenfassung der vorbestehenden Akten durch Dr.med. P._____ lässt sich im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

4.2.1 Der Austrittsbericht der Orthopädischen Universitätsklinik _____ vom 30. Januar 2004 weist bezüglich der Hospitalisation der Klägerin vom 19. bis 30. Januar 2004 im Rahmen der Beschwerden im linken Knie u.a. auch darauf hin, dass aufgrund der zusätzlich bestehenden akuten Überlastungssituation der Klägerin eine Gesprächstherapie (Coaching) beim Konsiliarpsychiater veranlasst worden sei; alle Therapien seien von der Klägerin gut toleriert worden; bei Spitalaustritt sei sie praktisch beschwerdefrei gewesen (vgl. K-act. 7 [S. 6]).

Gemäss dem polydisziplinären Gutachten des Instituts W._____ vom 27. Januar 2010 sowie dem Bericht von Dr.med. V._____ vom 24. Juni 2010 befand sich die Klägerin seit 2007 einerseits in Nachbehandlung des Unfalls vom 19. Februar 2003 (vgl. zum Heilungsverlauf zum Unfall vom 19.2.2003: K-act. 7 [S. 35ff.]) mit einem komplexen Knie trauma und andererseits in Behandlung einer schweren akut depressiven Episode einer rezidivierend depressiven Störung (F33.2); der Klägerin sei eine psychiatrische Arbeitsunfähigkeit von 100% ab dem 15. April 2008 attestiert worden (vgl. K-act. 7 [S. 14/16]).

Alsdann veranlasste die IV-Stelle ein psychiatrisches Gutachten, welches am 2. Mai 2011 erstellt wurde. Anlässlich der in diesem Zusammenhang am 6. Januar 2011 erfolgten Exploration durch die Oberärztin Dr.med. L._____ äusserte sich die Klägerin dahingehend, dass die psychotherapeutische Begleitung bei Dr.med. R._____ (Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie) sowie eine Antidepressiva-Medikation weiterhin andauern würden; sie leide zudem unter erhöhter Müdigkeit, verminderter Konzentration und verminderter Aufmerksamkeit. Die beurteilende Ärztin Dr.med. L._____ diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung - aktuell mittelgradige depressive Episode - bestehend seit 2008; ferner führte sie nach Zusammenstellung der Aktenlage aus, dass retrospektiv betrachtet insbesondere im Jahr 2008 (bis August bzw. September) aufgrund der beschriebenen schweren depressiven Symptomatik eine Arbeitsunfähigkeit von 80% vorgelegen habe; danach bzw. nach Aufnahme einer Psychotherapie im Jahre 2008 zeige sich bis Februar 2009 eine sukzessive Besserung der Arbeitsfähigkeit, die seitdem bei 60% stagniere (vgl. K-act. 7 [S. 18/19/39ff.]). Dies bestätigte Dr.med. V._____ mit ärztlichem Bericht vom 3. November 2012 (vgl. K-act. 7 [S. 20]).

4.2.2 Im November 2015 wurde bei der Klägerin ein Mammakarzinom diagnostiziert, woraufhin eine Quadrant- sowie Sentinel-Lymphadenektomie mit Radiotherapie und anschliessender endokriner Therapie mit Tamoxifen erfolgte (vgl. vorstehend Ingress lit. D.2 m.H.a. K-act. 7 [S. 21/40]).

Zum Verlauf der entsprechenden Therapie äusserte sich der Bericht der Klinik für Radio-Onkologie der N._____ vom 23. März 2016 dahingehend, als dass die Klägerin zwar eine mässige radiogene Dermatitis der Haut entwickle, die Radiation jedoch insgesamt gut toleriere (vgl. K-act. 7 [S. 22]). Dies bestätigte Dr.med. S._____ im Wesentlichen mit Bericht vom 13. Mai 2016; er wies gleichzeitig darauf hin, dass die Klägerin nach Abschluss der konsolidierten Radiotherapie bzw. post-therapeutisch weiterhin leistungsintolerant sei, weshalb durch die Hausärztin eine Teilarbeitsunfähigkeit attestiert worden sei; als Nebendiagnose führte er zudem einen Folsäure- und Ferritin-Mangel auf (vgl. K-act. 7 [S. 22/41]).

Mit Bericht vom 9. Mai 2016 hielt die Klinik für Radio-Onkologie der N._____ fest, dass zusätzliche Beschwerden oder Erkrankungen nicht hinzugekommen seien - insbesondere keine Lungenentzündung oder Symptome einer Bronchitis - bzw. dass sich die akuten Nebenwirkungen der adjuvanten Radiation der Mamma gut zurückgebildet hätten (vgl. K-act. 7 [S. 22]).

Dr.med. V._____ informierte die IV-Stelle am 23. November 2016 u.a. dahingehend, dass die Klägerin infolge der endokrinen Therapie mit Tamoxifen zwei Mal pro Monat Dr.med. R._____ im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung aufsuche (vgl. K-act. 7 [S. 24]).

4.2.3 Dr.med. R._____ - bei welcher sich die Klägerin infolge rezidivierender depressiver Störung (ICD-10 F33.4) von 2008 bis 2012 in fachärztlicher Behandlung befand - hielt mit Bericht vom 10. Februar 2017 zu Händen der IV-Stelle fest, dass der seelische Gesundheitszustand der Klägerin sich seit Wiederaufnahme der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen am 19. August 2016 verbessert habe; die auf den Jahreswechsel 2015/2016 reaktiv auf die Brustkrebserkrankung aufgetretene Anpassungsstörung mit Angst und Depression sei inzwischen symptomatisch rückläufig; die Klägerin habe ferner geschildert, dass sie - trotz vieler Stunden Schlaf - sehr rasch ermüde und sich nach einiger Zeit zunehmend angestrengt fühle; Konzentration und Aufmerksamkeit würden dann nachlassen; dies zu kompensieren koste Kraft; wenn sie sich ausreichend erholt fühle, sei sie aktiv und fühle sich unbeschwert (vgl. K-act. 7 [S. 24]).

Mit Bericht der Klinik für Radio-Onkologie der N._____ vom 8. Mai 2017 wird bestätigt, dass keine Hinweise auf chronische Nebenwirkungen der adjuvanten Radiation vorliegen; die Klägerin sei jedoch bei anhaltender Fatigue therapeutisch

bei den Kollegen der Komplementärmedizin im Hause angebunden; die Klägerin könne sich die anhaltende Müdigkeit nicht erklären; die antihormonelle Therapie in Form von Tamoxifen vertrage sie sehr gut (vgl. K-act. 7 [S. 25]). Dr.med. S._____ weist diesbezüglich in seinem Bericht vom 17. Mai 2017 darauf hin, dass ein Eisenmangel als Ursache für die pathologische Müdigkeit ausgeschlossen werden könne; eine anhaltende Müdigkeit bei Status nach konsolidierender tangentialer Radiotherapie der Mamma sei sehr ungewöhnlich; die anamnestisch bekannte Depression sei gut eingestellt und könne hierfür wohl nicht verantwortlich gemacht werden; ebenso wenig eine Hypothyreose; im Status imponiere eine mutmasslich konstitutionell bedingte arterielle Hypotonie, welche die Müdigkeit sicherlich mitbedingen könne; an weiteren Ursachen erwäge er eine unerwünschte Nebenwirkung auf die Medikation, z.B. Tamoxifen, Trittico etc. (vgl. K-act. 7 [S. 25]).

Zu Händen der IV-Stelle wies Dr.med. V._____ mit Bericht vom 27. Juni 2017 bzw. vom 31. August 2017 darauf hin, dass sich die Fatigue-Symptomatik im Verlauf der ersten Wochen des Jahres 2017 entwickelt habe, wobei mögliche auslösende Faktoren der Tod von drei engeren Freunden an Krebs innerhalb von ein paar Wochen und ein Exit-Todesfall in der Bekanntschaft gewesen sein könnten; es liege eine aktuelle Symptomatik von Müdigkeit, Adynamie, Fatigue, Konzentrations- und Schlafstörung vor, sodass eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit (des 50%-Pensums) seit dem 15. Februar 2017 vorliege (vgl. K-act. 7 [S. 26]).

Mit Bericht der Klinik für Radio-Onkologie des N._____ vom 4. Juni 2018 - erstellt anlässlich einer Verlaufskontrolle - zeigt sich, dass die Klägerin über Wohlbefinden berichtet habe, aber weiterhin eine starke Fatigue-Problematik aufweise; sie habe viel weniger Energie als vor der Erstdiagnose und habe dadurch dauerhaft Schwierigkeiten mit Ferien- und Terminplanung sowie ihrer Arbeit; die endokrine Therapie mit Tamoxifen ertrage sie weiterhin gut; sie habe vor, die Müdigkeitsbeschwerden erneut mit ihrer Hausärztin zu besprechen (vgl. K-act. 7 [S. 27]).

Mit Bericht vom 11. September 2018 weist Dr.med. S._____ darauf hin, dass die vermehrte Müdigkeit der Klägerin weder chronisch noch somatisch klar zuzuordnen sei; differenzialdiagnostisch führt er die geschilderte Müdigkeit als Nebenwirkung auf die Antiöstrogentherapie mit Tamoxifen zurück (vgl. K-act. 7 [S. 27]).

Mit Bericht vom 5. Februar 2019 ergänzte Dr.med. V._____ ihre Berichte vom 27. Juni 2017 und vom 31. August 2017 dahingehend, als dass die Klägerin 2.5 Stunden Weg pro Tag zurücklege und daher viel Energie an einem Arbeitstag verbrauche; eine Steigerung des Pensums schein ihr bei so einem labilen Ge-

sundheitszustand nicht möglich; komme hinzu, dass die Fatigue-Symptomatik in der Literatur immer wieder bei Krebserkrankungen beschrieben werde - gerade bei jüngeren Patientinnen - und sich sehr typisch mit Adynamie, vermehrter Müdigkeit, schneller Erschöpfung äussere; dies sei anlässlich eines Konsiliums bei der Psychoonkologin Dr.med. X._____ (FMH Psychiatrie) im Januar 2018 bestätigt worden (vgl. K-act. 7 [S. 28/41]).

4.3.1 Die sich aus der Aktenlage ergebenden Diagnosen stellte Dr.med. P._____ wie folgt zusammen:

1. Diagnosen, die vor dem 01.08.2012 aktenkundig sind

Chronisches Schmerzsyndrom am linken Knie

- posttraumatische Femoropatellararthrose Knie links
- traumatische Patella-Luxation links mit Zerreissung des medialen Retinakulums und Knorpelläsion am medialen Patellarand am 19.02.2003
- Arthroskopie und offene Raffungsnaht des medialen Retinakulums am 20.02.2003
- im Anschluss daran Entwicklung einer passageren Algodystrophie (Complex Regional Pain Syndrome)
- Arthroskopie mit Débridement im Recessus suprapatellaris und Mobilisation in Narkose am 07.07.2003
- undislozierte Patellalängsfraktur am 08.03.2008, konservativ behandelt
- Patella baja (profunda)
- Patelladysplasie Typ Wiberg II-III

Rezidivierende Supinationstraumata am linken OSG, leichte sekundäre OSG-Arthrose links, Arthroskopie li OSG 1998

Rezidivierende depressive Störung seit Frühling 2008 (Dekompensation nach 2. Unfall vom 08.03.2008) ICD-10 F33, bei protrahierter Trauerreaktion (ICD-10 F38.8)

Status nach wahrscheinlich viraler Fazialisparese rechts (2002? Früher?)

Status nach Hyperthyreose

Sectio caesarea 1995

Allergien auf Gräser, Penicilin, Vilan

2. Diagnosen, die nach dem 01.08.2012 neu hinzutreten

Mamma-Carcinom links, ED 11/2015

- Initiales Stadium pT2, pN0, ER 60%/PR 100%, her2neu negativ, G2, L1 Ki67 10%, R0
- Histologisch mässig differenziertes invasives lobuläres Mamma-Carcinom
- Quadrantektomie und Sentinel-Lymphadenektomie axillär links am 04.01.2016
- Adjuvante Radiotherapie mit total 4.66 Gy vom 25.02 bis 21.03.2016
- endokrine Therapie mit Tamoxifen

Fatigue-Symptomatik (zur Differenzialdiagnose siehe Beurteilung)

Sturz von Pferd am 16.05.2016

- Undislozierte Fraktur von HWK1 (arcus und massa lateralis) und HWK7 (Processus transversus links), konservativ behandelt
- Commotio cerebri

Keilwirbeldeformation von BWK 8 und Deckplattenimpression von BWK 5 (MRT vom 30.12.2015)

- Osteopenie (DEXA vom 12.05.2015 und vom 03.09.2018)
- Behandlung mit Denosumab (Prolia) ab 10/2016, mit Zoledronat ab 03/2018

4.3.2 In seiner psychiatrischen Beurteilung vom 2. Juli 2019 bestätigt Dr.med. T._____ die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33) bestehend seit Frühling 2008; eine sichere Differenzierung zwischen den Symptomen der psychischen Erkrankung und den Folgen der Krebserkrankung sei indes nicht möglich (vgl. K-act. 7 [S. 34 Ziff. 3.1.1]; vgl. B1-act. 1).

Dr.med. U._____ äussert sich in seiner onkologischen Beurteilung vom 10. Juli 2019 dahingehend, dass eine sichere Bestätigung bzw. ein sicherer Ausschluss einer Cancer-Related Fatigue nicht möglich sei; die Fatigue-Symptomatik sei indes mit Sicherheit erst nach der Diagnose des Mammakarzinoms aufgetreten (vgl. K-act. 7 [S. 34 Ziff. 3.1.2]; B1-act. 1).

4.3.3 Dr.med. P._____ beantwortete die konkret unterbreiteten Fragen (vgl. vorstehend Ingress lit. E.3) wie folgt (vgl. K-act. 7 [S. 43f.]):

Eine sichere Differenzierung zwischen den Symptomen der psychiatrischen Erkrankung und einer Cancer Related Fatigue ist aufgrund der Aktenlage nicht möglich. Die beklagte Müdigkeit ist aber mit Sicherheit erst nach der Diagnose des Mamma-Carcinoms aufgetreten.

Wie dargelegt, handelt es sich bei einer (allfälligen) Cancer Related Fatigue um ein komplexes biopsychosoziales Phänomen, bei dem biologische, psychologische und soziale Anteile nicht streng auseinandergehalten werden können. Gemäss Fachliteratur leiden etwa 1/3 aller Betroffenen, die eine Krebserkrankung überleben, an einer störenden Müdigkeit. Dabei ist nicht völlig klar, ob der Tumor selber oder dessen Behandlung für die Symptomatik verantwortlich ist. Bei Frau A._____ ist auch möglich, dass die Konfrontation mit einer neuen potenziell lebensbedrohlichen Erkrankung die psychische Symptomatik reaktiviert hat. Das ist aber lediglich eine Hypothese, es gibt dafür keine Beweise. Eine Chemotherapie ist bei Frau A._____ nicht aktenkundig, lediglich eine Hormontherapie mit Tamoxifen. Eine Cancer Related Fatigue ist laut Literatur aber auch ohne Chemotherapie möglich.

Als wahrscheinlichste Hypothese nehmen wir an, dass sich der Gesundheitszustand von Frau A._____ ohne die Diagnose eines Mamma-Carcinoms nicht von sich aus anhaltend verschlechtert hätte. Ob die Verschlechterung durch eine Cancer Related Fatigue im engeren Sinne oder durch eine Reaktivierung der vorbestehenden psychischen Symptomatik verursacht wurde, lässt sich aber nicht zuverlässig differenzieren.

(Fettdruck gemäss Original)

4.3.4 Aufgrund der Aktenlage (vgl. K-act. 7 [insb. S. 25/26f./30 i.V.m. S. 42f.]) zeigen sich im Wesentlichen folgende Arbeitsunfähigkeiten der Klägerin:

- ab 20. Februar 2003 zu 100%
- ab 30. August 2003 zu 50%
- ab 1. November 2003 zu 0%
- ab 3. November 2003 zu 100%
- ab 1. Januar 2005 zu 50%

- ab 8. März 2008 zu 100%
- ab 16. Februar 2009 zu 40%
- ab 21. November 2015 - 16. Mai 2016 zu 100%
- ab 16. Mai 2016 - 20. Juli 2016 zu 100%
- ab 15. Februar 2017 zu 50%

5.1 Das O. _____-Aktengutachten vom 12. Juli 2019 wird den Anforderungen an ein Aktengutachten (vgl. vorstehend Erw. 3.6.4) gerecht und erweist sich als beweiskräftig. Es wird von den Parteien (zu Recht) auch nicht (substantiiert) in Frage gestellt.

5.2 In Bezug auf die Frage nach der Ursache für die vorliegend relevante Erhöhung der Arbeitsunfähigkeit der Klägerin im Jahre 2017 ergibt sich aufgrund des Aktengutachtens Folgendes:

5.2.1 Als Grund für die Arbeitsunfähigkeit attestierten Dr.med. V. _____ sowie Dr.med. S. _____ seit anfangs 2017 übereinstimmend und nachvollziehbar der Klägerin eine Fatigue-Symptomatik mit den typischen Symptomen von Müdigkeit, Adynamie, Konzentrations- und Schlafstörungen (vgl. K-act. 7 [S. 25ff.]). Bereits mit dem Bericht der Klinik für Radio-Onkologie der N. _____ vom 8. Mai 2017 lag eine klare und unmissverständliche onkologische Diagnosestellung der Fatigue-Symptomatik vor, wie dies denn auch die O. _____-Gutachter explizit im Aktengutachten festhielten (vgl. K-act. 7 [S. 33: Fatigue-Symptomatik die nach dem 1.8.2012 neu hinzukam]). Der O. _____-Gutachter hat auch klargestellt, dass es sich dabei um einen Symptomen-Komplex handelt (vgl. K-act. 7 [S. 26/28/42]). Das Vorliegen einer Fatigue-Symptomatik wurde zudem bis zur Klageerhebung nie bestritten, sondern lediglich deren Ursächlichkeit, was sich auch aus der Fragestellung der Parteien an die O. _____-Gutachter ergibt (vgl. K-act. 7 [S. 1]). Insofern erweisen sich die Ausführungen des Vertrauensarztes der Beklagten Ziff. 1, Dr.med. Y. _____ (Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie), in seiner Stellungnahme vom 26. August 2019, wonach keine klare, echtzeitliche (onkologische) Diagnose einer Fatigue vorliege und die Fatigue-Symptomatik keine eigenständige aetiologisch herleitbare Erkrankung darstelle, als unbehelflich (vgl. Klageantwort vom 19.8.2021 S. 3-6). Mithin steht in casu die Diagnose einer anhaltenden Fatigue-Symptomatik im Vordergrund.

5.2.2 Weiter ist zu beachten, dass als Ursache für die Arbeitsunfähigkeit für den Zeitraum vom 21. November 2015 bis 16. Mai 2016 u.a. bereits eine "Leistungsintoleranz" der Klägerin (unter anstandslos guter Toleranz der Antiöstrogentherapie mit Tamoxifen nach erfolgter Radiotherapie vom 25.2.2016 bis 21.3.2016) genannt wurde (vgl. Ingress lit D. 2; vgl. K-act. 7 [S. 22; Bericht von Dr.med.

S._____ vom 3.5.2016 [recte: 13.5.2016]). Mithin klagte die Klägerin bereits im Frühjahr 2016 - bei im Übrigen guten Befinden - über anhaltende Müdigkeit. Es wurde dabei ein Eisen- sowie Folsäuremangel als Nebendiagnose attestiert und in der Folge korrigiert (vgl. K-act. 7 [S. 23]). Erste Anzeichen für die erst anfangs 2017 diagnostizierte Fatigue-Symptomatik lagen mithin, entgegen der Behauptung des Vertrauensarztes der Beklagten Ziff. 1, Dr.med. Y._____ (vgl. Stellungnahme vom 26.8.2019 S. 9 Ziff. 2; Klageantwort vom 19.8.2021 S. 5 Abs. 1/ S. 7 unten), bereits im Mai 2016 und mithin zeitnah zur Krebserkrankung bzw. der entsprechenden Therapie vor, wie dies denn auch Dr.med. V._____ in ihren Berichten (vgl. K-act. 7 [S. 26/27]) sowie die O._____-Gutachter im Aktegutachten vom 12. Juli 2019 übereinstimmend und nachvollziehbar ausführten (vgl. K-act. 47 [S. 43]).

5.2.3 Die Klägerin leidet zudem seit Frühling 2008 an einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33), weshalb sie sich zeitweise in Psychotherapie (2008-2012) zu Dr.med. R._____ begab und sich gemäss dem Bericht dieser Ärztin vom 10. Februar 2017 seit 2008 in einer Dauertherapie mit Psychopharmaka (u.a. Venlafaxin) befindet (vgl. K-act. 7 [S. 16/17/20/24/39]). Mit der Diagnose des Mammakarzinoms im November 2015 attestierte Dr.med. S._____ der Klägerin zudem die Nebendiagnose einer Depression mit medikamentöser Behandlung mit Weiterführung der Antidepressiva-Therapie mit Venlafaxin (vgl. K-act. 7 [S. 21]). Dies ergänzten Dr.med. R._____ und Dr.med. V._____ übereinstimmend dahingehend, als dass sich die auf den Jahreswechsel 2015/2016 reaktiv auf die Brustkrebserkrankung der Klägerin aufgetretene Anpassungsstörung mit Angst und Depression mit der Wiederaufnahme der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung am 19. August 2016 wieder verbessert bzw. symptomatisch rückläufig gewesen sei und eine psychiatrisch-psychotherapeutische Konsultation nurmehr alle 14 Tage erfolge (vgl. K-act. 7 [S. 24]). Dies bestätigte schliesslich Dr.med. S._____ mit Bericht vom 17. Mai 2017 insoweit, als die anamnestisch bekannte Depression wieder gut eingestellt sei (vgl. K-act. 7 [S. 25]).

5.3.1 Bei dieser Sachlage ergibt sich mit den behandelnden Ärzten sowie den O._____-Gutachtern übereinstimmend, dass eine sichere bzw. zuverlässige Differenzierung zwischen den Symptomen der psychiatrischen Erkrankung und einer Fatigue-Symptomatik als Folge der Krebserkrankung (sog. Cancer-Related Fatigue) wohl nicht möglich ist (vgl. K-act. 7 [S. 34/43/25ff.]). Dem steht allein die Stellungnahmen des Vertrauensarztes der Beklagten Ziff. 2 entgegen, welcher die geltend gemachte Symptomatik klar bzw. "zweifelsohne auf die bekannte, chronifizierte depressive Erkrankung" zurückführt, ohne sich jedoch mit den me-

dizinischen Berichten genügend bzw. angemessen auseinandergesetzt zu haben (vgl. Stellungnahme vom 30.8.2018 sowie vom 26.8.2019 S. 9 Mitte). Zwar äusserte sich auch der RAD-Arzt Dr.med. Z._____ mit Stellungnahme vom 19. September 2017 dahingehend, dass die Fatigue-Symptomatik Ausdruck einer neuen depressiven Episode sei, die mindestens seit März 2017 vorliege. Diese Aussage hinsichtlich der Genese der Fatigue-Symptomatik erweist sich jedoch als widersprüchlich, woraufhin denn auch der O._____-Gutachter zu Recht hinwies (vgl. K-act. 7 [S. 27]). Insofern erweisen sich die Ausführungen von Dr.med. Y._____ sowie des RAD-Arztes als wenig plausibel.

5.3.2 Wenngleich eine sichere bzw. zuverlässige Differenzierung nicht möglich ist, kann aufgrund der Aktenlage dennoch gesagt werden - jedenfalls mit der hierfür beweisrechtlich genügenden überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. vorstehend Erw. 3.5.3) -, dass die Fatigue-Symptomatik auf die 2015 diagnostizierte Krebserkrankung bzw. die im Jahre 2016 erfolgte Therapie im Rahmen des Mammakarzinoms zurückzuführen ist.

Zunächst zeigt sich, dass die beklagte Müdigkeit erst nach der Diagnose des Mammakarzinoms aufgetreten ist und weder 2008 - was letztlich denn auch nicht vom Vertrauensarzt der Beklagten Ziff. 1 bestritten wird - noch 2011 in der vorliegenden geklagten Ausprägung bzw. im entsprechenden Schweregrad in Erscheinung trat. Zwar mag im psychiatrischen Gutachten von Dr.med. L._____ vom 2. Mai 2011 bereits von einer erhöhten Müdigkeit die Rede gewesen sein, dies stützt sich jedoch einzig und allein auf anamnestische Angaben der Klägerin; eine diesbezügliche Ursachenbeurteilung sowie daran anschliessende Behandlung wurde bis im Frühjahr 2016 nicht weiter thematisiert (vgl. K-act. 7 [S. 22; vgl. Bericht von Dr.med. S._____ vom 3.5.2016 betr. Folsäure- und Ferritin-Mangel als Nebendiagnose]). Mit den O._____-Gutachtern ist daher als die wahrscheinlichste Hypothese davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand der Klägerin ohne die Diagnose eines Mammakarzinoms nicht anhaltend verschlechtert hätte.

Die in der Folge zunächst reaktiv auf die Brustkrebserkrankung aufgetretenen Symptome der psychiatrischen Erkrankung (Anpassungsstörung mit Angst und Depression) entwickelten sich mit der Wiederaufnahme der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung per 19. August 2016 rückläufig, sodass die anamnestisch bekannte Depression mittels Psychotherapie sowie Psychopharmaka bereits im Frühjahr 2017 - und mithin noch vor der im Bericht der Klinik für Radio-Onkologie gestellten Diagnose der anhaltenden Fatigue - wieder gut eingestellt war (vgl. K-act. 7 [S. 24]). Hiermit hat sich der Vertrauensarzt der Beklagten Ziff. 1 in seiner Stellungnahme vom 26. August 2019 jedoch überhaupt nicht

auseinandergesetzt, obschon der die Klägerin behandelnde Onkologe Dr.med. S._____ diesbezüglich explizit und in überzeugender Weise dargelegt hatte, dass die anamnestisch bekannte und zwischenzeitlich wieder gut eingestellte Depression für die anhaltende Müdigkeit wohl eher nicht verantwortlich gemacht werden könne (vgl. K-act. 7 [S. 25]).

Des Weiteren wurde die Fatigue-Symptomatik seitens des O._____ - Gutachters Dr.med. P._____ - unter Berücksichtigung der Literatur bzw. Guidelines (Howell 2013; Bower 2013; Wang 2008) - in nachvollziehbarer Weise mit der Krebserkrankung der Klägerin assoziiert. Gemäss damit übereinstimmender und einhelliger Ansicht wiesen auch die behandelnden Ärzte Dr.med. S._____ und Dr.med. V._____ sowie die beratende Ärztin Dr.med. X._____ basierend auf der Fachliteratur darauf hin, dass die von einer Krebserkrankung Betroffenen an einer störenden bzw. vermehrten Müdigkeit - und zwar unabhängig von den erfolgten Therapien - leiden können. In diesem Sinne erkannte auch der RAD-Arzt Dr.med. Z._____ eine Fatigue-Symptomatik im Rahmen der Tamoxifen-Therapie der Klägerin als zumindest plausibel (vgl. K-act. 7 [S. 44/28/25-27]; vgl. vorstehend Erw. 5.3.1). Dies bestätigte im Wesentlichen ebenso der Vertrauensarzt der Beklagten Ziff. 1 dahingehend, dass die - seit März 2016 bei der Klägerin durchgeführte - Hormontherapie mit Tamoxifen bei 19% der Anwender als Nebenwirkungen Erschöpfung bzw. Müdigkeit nach sich ziehen könne; gleichwohl hält er lediglich pauschal fest, dass die erhöhte Müdigkeit der Klägerin nicht der Hormontherapie und mithin der Krebserkrankung, sondern der depressiven Störung zuzuordnen sei (vgl. Stellungnahme vom 26.8.2019 S. 7 unten und S. 9 Mitte). Dies vermag er jedoch weder zu begründen noch setzt er sich mit den diesbezüglichen, in überzeugender Weise dargelegten Ausführungen der behandelnden Ärzte bzw. O._____ - Gutachter - die den psychiatrischen Vorzustand der Klägerin sehr wohl mitberücksichtigt haben - und der entsprechend wissenschaftlichen Literatur näher auseinander.

Schliesslich war die Klägerin vom 16. Februar 2009 bis 21. November 2015 (d.h. während rund sieben Jahren) trotz ihres psychischen Leidens unbestrittenermassen fortwährend in einem ihr angepassten 60%-Pensum leistungs- bzw. arbeitsfähig gewesen; sie vermochte dabei ihre Erwerbstätigkeit ohne weitere Beanstandungen seitens ihrer Arbeitgeber zu verrichten; auch war es der Klägerin möglich selbständig per 1. August 2012 eine neue 60%-Stelle zu finden bzw. anzutreten und diese über Jahre hinweg - namentlich bis zur Diagnose der Brustkrebserkrankung im November 2015 - zu halten. Es bestehen keine Hinweise darauf, dass die Klägerin in jenem Zeitraum erneut aus gesundheitlichen Gründen ihr Pensum reduzieren musste. Aus jener Zeit sind denn auch keine Attestie-

rungen von Arbeitsunfähigkeit bzw. übermässige Krankschreibungen aktenkundig noch wird entsprechendes von den Beklagten geltend gemacht. Erst mit der Diagnose des Mammakarzinoms hat sich die gesundheitliche Situation der Klägerin (erneut) dauerhaft verändert.

5.3.3 Der Vollständigkeit halber bleibt darauf hinzuweisen, dass eine Hypothese sowie ein Eisenmangel - zumal sich letzterer ohne Einfluss auf die beklagte Fatigue wieder normalisiert hatte - als Ursache für die pathologische Müdigkeit ausgeschlossen werden konnten, was letztlich als unbestritten zu gelten hat (vgl. K-act. 7 [S. 25]). Als weitere mögliche Ursachen bzw. Auslöser für die anhaltende Müdigkeit wurden zudem zwar eine mutmasslich konstitutionell bedingte arterielle Hypotonie sowie die der Tod von drei engeren Freunden an Krebs innerhalb von paar Wochen sowie ein Exit-Todesfall in der Bekanntschaft genannt, indes wurde dies seitens der behandelnden Ärzten nicht weiter konkretisiert bzw. vom O. _____-Gutachter explizit lediglich als Hypothese ohne entsprechende Beweise erwähnt (vgl. K-act. 7 [S. 43 unten]). Gleichermassen verhält es sich mit dem Hinweis auf den langen Arbeitsweg der Klägerin, welcher vom RAD-Arzt denn auch als nicht entscheidend erachtet wurde (vgl. vorstehend Erw. 4.2.2).

5.4 Mithin ist insgesamt aufgrund der vorliegenden Beurteilungen der behandelnden Ärzte, wie sie aus dem O. _____-Gutachten hervorgehen, sowie insbesondere aufgrund des O. _____-Gutachtens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Krebserkrankung mit anschließender Therapie zur vorliegend relevanten Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Klägerin bzw. Erhöhung der Arbeitsunfähigkeit und mithin des Invaliditätsgrades geführt hat.

Dies bedeutet, dass die massgebliche Erhöhung der Arbeitsunfähigkeit somit erst während des Vorsorgeverhältnisses mit der Beklagten Ziff. 1 eingetreten ist, welche damit zu Unrecht den Anspruch auf BVG-Invalideleistungen der Klägerin ab 1. Juni 2017 verneinte. Die Klage ist daher gutzuheissen und die Beklagte Ziff. 1 wird dazu verpflichtet, der Klägerin die entsprechenden, reglementarischen Leistungen aus der beruflichen Vorsorge auszurichten.

6. Die Klägerin verlangt 5% Verzugszins ab Datum der Klageerhebung.

Gemäss der Rechtsprechung ist eine Verzugszinspflicht bei BVG-Invalideleistungen erst ab Klageeinleitung gegeben (und zwar zu 5%, vgl. Stauffer, a.a.O., S. 86 mit Verweis auf BGE 119 V 133 Erw. 4 = Praxis 83, 67 sowie auf Art. 105 Abs. 1 OR; Urteile BGer 9C_334/2011 vom 2.8.2011 Erw. 5.1; 9C_254/2009 vom 26.5.2009 Erw. 2.3.2 mit Verweis auf BGE 119 V 131 Erw. 4c), sofern nicht durch den Anschlussvertrag oder die Reglemente der Vorsorgeeinrichtung eine

anderslautende Regelung getroffen wurde (vgl. Urteil EVG vom 31.12.1993 i.S. X [SVR 1994 BVG Nr. 2 Erw. 3b/aa]). Letzteres wird vorliegend von der Beklagten Ziff. 1 geltend gemacht (vgl. Duplik vom 9.11.2021 Ziff. 7). Gemäss der aktuellen Version des Vorsorgereglements der C._____ vom 20. September 2018 besteht bei rückwirkenden Rentenzahlungen kein Anspruch auf einen Verzugszins.

Vorliegend wird jedoch kein Verzugszins auf allfälligen rückwirkenden Rentenzahlungen beantragt, sondern nur die Verzinsung ab dem Datum der Klageerhebung. Dies entspricht der Regel von Art. 105 Abs. 1 OR, wonach ein Schuldner, der mit der Zahlung von Renten in Verzug ist, erst vom Tage der Anhebung der Betreuung oder gerichtlichen Klage an Verzugszinsen zu bezahlen hat. Eine von diesem Grundsatz abweichende Regelung in den Reglementen der Beklagten Ziff. 1 ist weder ersichtlich noch wird die von dieser geltend gemacht.

7. Praxisgemäss sind die kantonalen Berufsvorsorgegerichte nicht gehalten, die Rentenberechnung detailliert vorzunehmen, sondern es reicht aus, wenn sie nur dem Grundsatz nach über den Leistungsanspruch entscheiden und die Sache zur Ermittlung des Rentenbetrags an die zuständige Vorsorgeeinrichtung überweisen. Dies hat das Bundesgericht insbesondere mit Hinweis auf die Gebote der Einfachheit und Raschheit des Verfahrens nach Art. 73 Abs. 2 BVG begründet, wobei es auch die Nähe zum Sozialversicherungsprozess betont hat (vgl. BGE 129 V 450 Erw. 3.4). Die Sache ist damit zur Festsetzung der konkreten Rentenbeträge an die Beklagte Ziff. 1 zu überweisen. Klageantrag Ziff. 4 wird somit hinfällig.

8.1 Das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht ist grundsätzlich kostenlos (vgl. Art. 73 Abs. 2 BVG). Hiervon abzuweichen besteht vorliegend kein Anlass.

8.2 Der beanwalteten Klägerin ist, da sie in den wesentlichen Punkten obsiegt, zu Lasten der Beklagten Ziff. 1 eine Parteientschädigung zuzusprechen, welche in Beachtung des kantonalen Gebührentarifs für Rechtsanwälte (GebTRA; SRSZ 280.411) vom 27. Januar 1975, der ordentlicherweise für das Honorar in Verfahren vor dem Verwaltungsgericht in § 14 einen Rahmen von Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- vorsieht sowie in § 2 die Bemessungskriterien erwähnt, auf Fr. 3'800.-- (inkl. MwSt und Barauslagen) festgelegt wird.

Die nicht anwaltlich vertretene Beklagte Ziff. 2, welche im vorliegenden Fall als Vorsorgeversicherung auftritt und damit eine öffentlich-rechtliche Aufgabe wahrnimmt, hat unbesehen des Verfahrensausganges keinen Anspruch auf eine

Parteientschädigung (vgl. Urteil BGer 9C_867/2014 vom 11.8.2015 Erw. 5; vgl. Urteil EVG B 132/04 vom 18.5.2005 Erw. 4 m.H.a. BGE 128 V 124 Erw. 5a).

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Klage wird im Sinne der Erwägungen insoweit gutgeheissen, als die Beklagte Ziff. 1 verpflichtet wird, der Klägerin ab dem 1. Juni 2017 eine BVG-Invalidenrente sowie Kinderrenten, zu verzinsen ab dem 31. Mai 2021 (Datum der Klageerhebung), zu bezahlen. Die Sache ist zur Berechnung der Rentenhöhen an die Beklagte Ziff. 1 zu überweisen. Im Übrigen (hinsichtlich Klageantrag Ziff. 2) wird die Klage abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Der beanwalteten Klägerin wird zu Lasten der Beklagten Ziff. 1 eine Parteientschädigung von Fr. 3'800.-- (inkl. Barauslagen und MwSt) zugesprochen.
4. Der Antrag der Beklagten Ziff. 2 auf eine Parteientschädigung wird abgewiesen.
5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).

Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).
6. Zustellung an:
 - die Rechtsvertreterin der Klägerin (2/R)
 - die Beklagte Ziff. 1 (R)
 - die Beklagte Ziff. 2 (R)
 - und das Bundesamt für Sozialversicherungen BSV, Aufsicht für berufliche Vorsorge, Effingerstrasse 20, 3003 Bern (A).

Schwyz, 3. Juni 2022

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Präsident:

Die Gerichtsschreiberin:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 17. Juni 2022