

SO_GERICHTE VSKLA.2019.5 vom 29. Oktober 2019

SO Obergericht, 2019-10-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSKLA.2019.5

FR: SO_GERICHTE VSKLA.2019.5 du 29 octobre 2019

IT: SO_GERICHTE VSKLA.2019.5 del 29 ottobre 2019

Erwägungen

E. 1

1.1 Das Versicherungsgericht ist zur Beurteilung der vorliegenden Streitsache über Ansprüche einer versicherten Person gegenüber einer Vorsorgeeinrichtung sachlich und örtlich zuständig (Art. 73 Abs. 1 und 3 Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge / BVG, SR 831.40, sowie § 54 Abs. 1 Kantonales Gesetz über die Gerichtsorganisation / GO, BGS 125.12).

E. 2

2.1 Anspruch auf eine Invalidenrente der obligatorischen beruflichen Vorsorge hat, wer im Sinne der IV zu mindestens 40 % invalid ist und bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, versichert war (Art. 23 lit. a BVG). Entscheidend ist in diesem Zusammenhang einzig der Eintritt der relevanten Arbeitsunfähigkeit, unabhängig davon, in welchem Zeitpunkt und in welchem Masse daraus ein Anspruch auf Invalidenleistungen entsteht. Die Versicherteneigenschaft muss nur bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit gegeben sein, dagegen nicht notwendigerweise auch im Zeitpunkt des Eintritts oder der Verschlimmerung der Invalidität. Der Wegfall der Versicherteneigenschaft bildet denn auch keinen Erlösungsgrund für den Rentenanspruch (Art. 26 Abs. 3 BVG e contrario; BGE 123 V 262 E. 1a S. 263 f.).

Eine entsprechende Regelung findet sich auch im Vorsorgereglement der Beklagten in der ab 1. Januar 2017 geltenden und damit hier anwendbaren Fassung (fortan: Reglement, Beilage zur Klageantwort / BK-Nr. 20). Danach besteht ab einem Invaliditätsgrad von 40 % Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 29 Abs. 2 Reglement), sofern die versicherte Person bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, in der Beklagten versichert war (Art. 29 Abs. 1 Reglement).

2.2 Die obligatorische Versicherung der beruflichen Vorsorge beginnt mit dem Antritt des Arbeitsverhältnisses (Art. 10 Abs. 1 BVG). Sie endet grundsätzlich mit der Auflösung des betreffenden Arbeitsverhältnisses (Art. 10 Abs. 2 BVG); für die Risiken Invalidität und Tod bleibt der Arbeitnehmer allerdings während eines Monats nach Auflösung bei der bisherigen Vorsorgeeinrichtung versichert, sofern nicht bereits zuvor ein neues Vorsorgeverhältnis entsteht (Art. 10 Abs. 3 BVG). Entsprechende Bestimmungen enthält auch das Reglement (Art. 6 Abs. 1 sowie Art. 7 Abs. 1 und 4 Reglement).

2.3 Arbeitsunfähigkeit ist die Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen im bisherigen Beruf (BGE 134 V 20 E. 5.3 S. 27). Sie ist berufsvorsorgerechtlich relevant, wenn sie mindestens 20 % beträgt und sich auf das Arbeitsverhältnis sinnfällig auswirkt oder ausgewirkt hat (Urteil des Bundesgerichts 9C_52/2018 vom 21. Juni 2018 E. 3.2). Der Zeitpunkt des Eintritts dieser relevanten Arbeitsunfähigkeit muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit

(s. dazu BGE 126 V 353 E. 5b S. 360) nachgewiesen sein. Dieser Nachweis ist grundsätzlich durch echtzeitliche ärztliche Atteste zu erbringen. Nachträgliche Annahmen und spekulative Überlegungen, wie etwa eine erst nach Jahren rückwirkend festgelegte medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit, reichen nicht aus (Urteile des Bundesgerichts 9C_210/2018 vom 29. August 2018 E. 2.2 und 9C_52/2018 vom 21. Juni 2018 E. 3.2).

2.4 Die Arbeitsunfähigkeit, welche während des Vorsorgeverhältnisses eingetreten ist, muss zur späteren Invalidität in sachlicher wie in zeitlicher Hinsicht in einem direkten und engen Zusammenhang stehen (BGE 123 V 262 E. 1c S. 265):

Der sachliche Zusammenhang ist gegeben, wenn der der Invalidität zu Grunde liegende Gesundheitsschaden im Wesentlichen derselbe ist, welcher während des Vorsorgeverhältnisses zur Arbeitsunfähigkeit geführt hat (a.a.O.; s.a. Art. 29 Abs. 1 Reglement). Ist die bei noch bestehender Versicherungsdeckung eingetretene Arbeitsunfähigkeit somatisch bedingt, die Invalidität, welche Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung begründet, jedoch psychisch, so wird in der Regel nicht vorausgesetzt, dass die Arbeitsfähigkeit während der Dauer des Vorsorgeverhältnisses (bzw. vor dem Ende der Nachdeckungsfrist für die Risiken Tod und Invalidität) psychisch bedingt mindestens zu 20 % eingeschränkt war. Verlangt wird, dass das Leiden sich manifestiert und das Krankheitsgeschehen erkennbar mitprägt hatte. An diesen Nachweis dürfen keine zu geringen Anforderungen gestellt werden. Erforderlich sind grundsätzlich echtzeitliche Belege, aus denen sich allenfalls im Verbund mit späteren fachärztlichen Berichten gewichtige Anhaltspunkte ergeben, wonach bei noch bestehender Versicherungsdeckung psychische Beeinträchtigungen mit Auswirkungen auf das Krankheitsgeschehen bestanden haben (Urteil des Bundesgerichts 9C_583/2016 vom 19. Januar 2017 E. 5.1).

Die zeitliche Konnexität wiederum entfällt dann, wenn die versicherte Person vorübergehend wieder arbeitsfähig wird (BGE 120 V 112 E. 2c/aa S. 117), d.h. wenn die Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Erwerbstätigkeit während mehr als drei Monaten unter 20 % gesunken ist (BGE 144 V 58 E. 4.5 S. 63).

2.5 Für den Beginn des Anspruchs auf eine Invalidenrente der obligatorischen beruflichen Vorsorge gelten sinngemäss die entsprechenden Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20). Die versicherte Person muss demnach während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sein (Art. 26 Abs. 1 BVG i.V.m. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG), wobei der Rentenanspruch aber frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs entsteht (Art. 29 Abs. 1 IVG). Damit übereinstimmend hält das Reglement fest, der Anspruch auf eine Invalidenrente der Beklagten entstehe mit dem Anspruch auf eine Rente der IV (Art. 29 Abs. 3 Reglement).

2.6 Ein Entscheid der IV ist für eine Einrichtung der beruflichen Vorsorge verbindlich, sofern sie in das invalidenversicherungsrechtliche Verfahren einbezogen wurde, die konkrete Fragestellung für die Beurteilung des Rentenanspruchs gegenüber der IV entscheidend war und die invalidenversicherungsrechtliche Betrachtungsweise auf Grund einer gesamthaften Prüfung der Akten nicht als offensichtlich unhaltbar erscheint (BGE 133 V 67 E. 4.3.2 S. 69, 130 V 270 E. 3.1 S. 273 f.). Diese Bindungswirkung findet ihre positivrechtliche Grundlage in den Art. 23, 24 Abs. 1 und Art. 26 Abs. 1 BVG, welche an die Regelung des IVG anknüpfen oder diese übernehmen. Die Orientierung an der IV

bezieht sich insbesondere auf die sachbezüglichen Voraussetzungen des Rentenanspruchs, die Rentenhöhe und den Rentenbeginn (BGE 133 V 67 E. 4.3.2 S. 69). Dies ergibt sich auch aus dem Reglement der Beklagten, wonach die versicherte Person, welche von der IV als invalid anerkannt wird, auch bei der Beklagten ab demselben Datum und im selben Ausmass als invalid gilt (Art. 29 Abs. 1 Reglement).

E. 2.8

f.). Der Arbeitgeber löste diese Anstellung mit Kündigung vom 24. November 2014 per 28. Februar 2015 auf, da er die Arbeitsqualität und das Verhalten der Klägerin beanstandete (IV-Nr. 19 S. 9).

Ab dem 12. Januar 2015 war die Klägerin, nachdem bei ihr Brustkrebs diagnostiziert worden war, zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (IV-Nr. 1 S. 1 Ziff. 2 / Nr. 2 / Nr. 4 / Nr. 12 S. 10 / Nr. 14.4 S. 3 + 5), weshalb sich die Kündigungsfrist bis 30. April 2015 verlängerte (IV-Nr. 19 S. 2 Ziff. 2.1). Auf dieses Datum hin trat die Klägerin aus der Beklagten aus (BK-Nr. 3). Da sie in der Folge keine Erwerbstätigkeit mehr aufnahm, dauerte die gesetzliche und reglementarische Nachdeckungsfrist bis 31. Mai 2015 (s. dazu E. II. 2.2 hiervor).

3.1.2 Zur Behandlung des Mammakarzinoms rechts unterzog sich die Klägerin am 18. Februar 2015 einer Tumorektomie sowie am 4. März 2015 einer Nachresektion. Sodann erfolgte vom 30. März bis 5. Mai 2015 eine adjuvante Radiotherapie, von März bis Juni 2015 eine adjuvante Hormontherapie, welche zu ausgeprägten muskuloskelettalen Beschwerden führte, und ab 10. Juli 2015 eine weitere Hormontherapie mit einem anderen Präparat (IV-Nr. 12 S. 11 f.). Seit der zweiten Operation im März 2015 berichtete die Klägerin über anhaltende rechtsseitige Schulterschmerzen unklarer Natur (IV-Nr. 16 S. 12 und Nr. 17 S. 6). Eine depressive Verstimmung wurde ab 24. August 2015 vorübergehend mit Cipralext behandelt (IV-Nr. 12 S. 12).

3.1.3 Dr. med. E.____, Leitender Arzt am Onkologiezentrum des F.____, attestierte der Klägerin im Bericht vom 9. September 2015 (IV-Nr. 12 S. 11 f.) auf Grund der objektivierbaren Beschwerden, insbesondere der ausgeprägten Schulterdysfunktion rechts, weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Am 29. Oktober 2015 erfolgte eine onkologische Standortbestimmung mit anschliessender Neu beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Bei fehlender Besserung des Allgemeinzustandes bedürfe es einer Überweisung zur onkologischen Rehabilitation.

3.1.4 Im Oktober 2015 trat eine organisierende Pneumonie des rechten Mittel- und Unterlappens auf, welche «mit grosser Wahrscheinlichkeit im Nachgang zur Bestrahlung der rechten Brust» entstanden war. Die systemische Steroidtherapie führte bis zur Nachkontrolle am 23. Dezember 2015 zu einer subtotalen Befundregredienz (Berichte des F.____ vom 1., 2. und 28. Dezember 2015, IV-Nr. 17 S. 10 ff. + 14 ff. sowie Nr. 34 S. 52 ff.).

3.1.5 Dr. med. E.____ hielt im Bericht vom 7. Dezember 2015 fest, aktuell gebe es keine Hinweise für ein Tumorrezidiv. Rechts bestehe eine schmerzhaft eingeschränkte Schulterbeweglichkeit unklarer Aetiologie. Ab 1. Januar 2016 sei wieder eine volle Arbeitsfähigkeit zu erwarten (IV-Nr. 16 S. 5 ff.).

3.1.6 Der Bericht des F.____ vom 4. Januar 2016 (IV-Nr. 17 S. 5 ff.) diagnostizierte funktionelle Schulterschmerzen resp. eine Schulterfunktionsstörung rechts mit Zeichen der

Schmerzausweitung bei unauffälligen bildgebenden Befunden (s.a. IV-Nr. 17 S. 13) und einem ausgeprägten Schonverhalten. Die klinische Untersuchung gestaltete sich äusserst schwierig. In den kurzen Momenten, in denen der Klägerin keine aktive Muskelanspannung zum Gegenhalten möglich sei, zeige sich ein nahezu uneingeschränkter Bewegungsradius im rechten Schultergelenk. Bis 3. Dezember 2015 wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bescheinigt.

3.1.7 Der Hausarzt Dr. med. G.____, Facharzt für Allg. Medizin FMH, hielt im Bericht vom 14. Januar 2016 (IV-Nr. 17 S. 1 ff.) fest, die Klägerin leide seit Jahren unter Gesichtsschmerzen, Schwindel, Nasenproblemen, Fussbeschwerden sowie Obstipation und Magenbeschwerden. Wegen einer Vergesslichkeit sei ihr Ende 2014 gekündigt worden. Die Klägerin sei ■ insbesondere wegen der Schulterbeschwerden sowie der eingeschränkten Belastbarkeit durch die organisierende Pneumonie ■ seit dem 12. Februar 2015 bis auf weiteres vollständig arbeitsunfähig. Nach genügender Rekonvaleszenz komme eine Beschäftigung z.B. in einem Hilfspflegerinnenberuf in Frage, dies allenfalls halbtätig. Leichte, saubere Arbeiten seien vier bis sechs Stunden pro Tag denkbar, wobei dies rein spekulativ sei. In diesem zeitlichen Rahmen bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit, deren Ausmass vom weiteren Verlauf der Tumorerkrankung und den körperlichen Beschwerden abhängen.

3.1.8 Im Februar 2016 entwickelte sich am linken Unterlappen eine Pneumonie (Berichte des F.____ vom 25. Februar und 3. März 2016, IV-Nr. 22 S. 8 und Nr. 26 S. 9 ff.), wobei sich nicht sicher sagen liess, ob es sich um eine organisierende oder eine gewöhnliche bakterielle Pneumonie handelte. Unter der eingeleiteten Behandlung stellte sich im März 2016 eine vollständige Befundregredienz ein (Bericht vom 23. März 2016, IV-Nr. 26 S. 7 f.).

3.1.9 Dr. med. H.____, Facharzt für Allg. Medizin FMH beim Regionalen Ärztlichen Dienst der IV (fortan: RAD), hielt in seiner Stellungnahme vom 16. März 2016 dafür (IV-Nr. 20 S. 2 ff.), spätestens seit Oktober 2015, d.h. dem Abschluss der primären Rekonvaleszenz nach der Brustkrebsbehandlung, bestehe in der bisherigen Tätigkeit keinerlei Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr. Neben dem Mamma-Carcinom, welches ausser einer Strahlennebenwirkung (Strahlenpneumonitis, differentialdiagnostisch Hypersensitivitätspneumonitis) keinerlei direkte Folgen hinterlassen habe, bestünden noch unklare Schulterbeschwerden rechts ohne somatisches Korrelat, aber mit Hinweisen auf Symptomausweitung, sowie eine (von der Klägerin selber nicht beschriebene) Vergesslichkeit, welche nicht genauer eingeordnet werden könne. Dementsprechend verwarf der RAD-Arzt die abweichende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch den Hausarzt.

3.1.10 Der Bericht des F.____ vom 8. April 2016 (IV-Nr. 26 S. 3 ff.) hielt fest, die funktionellen Schulterschmerzen hätten unter Physiotherapie nur wenig gebessert. Im Bericht vom 19. Mai 2016 (IV-Nr. 34 S. 29 f.) wurde bestätigt, dass die Schulterschmerzen nach wie vor anhielten und der klinische Befund unverändert sei. Es sei ein Rehabilitationsprogramm indiziert. In Anbetracht der körperlichen Einschränkungen liege im jetzigen Zeitpunkt eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vor. Man erhoffe sich, im Verlauf des Programmes die Funktionalität im Alltag wiederzuerlangen und eine berufliche Belastbarkeit von mindestens 50 % zu erreichen.

3.1.11 Im Verlaufsbericht vom 14. Juni 2016 (IV-Nr. 26 S. 1 f.) gab Dr. med. G.____ an, die Klägerin befinde sich in einer protrahierten Steroidtherapie der organisierenden Pneumonie rechts. Die Schulterschmerzen mit eingeschränkter Beweglichkeit würden sich seit Februar / März 2015 stärker einschränkend auswirken.

3.1.12 Gemäss Bericht des F.____ vom 23. Mai 2016 (IV-Nr. 34 S. 27 f.) war der Verlauf während der Steroidreduktion objektiv zufriedenstellend. Die Lungenfunktion bleibe normal und die Diffusionskapazität persistiere auf einem leicht eingeschränkten Niveau. Subjektiv äussere die Klägerin diverse Beschwerden, die mit der organisierenden Pneumonie und deren Abheilung nichts zu tun hätten. Sie präsentiere das Bild einer depressiven Entwicklung, wahrscheinlich reaktiv auf die durchgemachten Erkrankungen.

3.1.13 Dr. med. E.____ erklärte im Bericht vom 27. Juli 2016 (IV-Nr. 34 S. 24 ff.), aktuell gebe es keine Hinweise für ein Tumorrezidiv. Auch unter intensiverer physikalischer Therapie habe sich das Beschwerdebild nicht signifikant verbessert. Es bestehe unverändert eine schmerzhaft eingeschränkte Schulter- / Armbeweglichkeit rechts. Daneben leide die Klägerin unter starken Wallungen tagsüber, aber auch nachts, sowie unter Stimmungsschwankungen. Bezüglich des depressiven Syndroms empfehle er einen erneuten Versuch mit einer antidepressiven Therapie. Der Bericht des F.____ vom 23. August 2016 (IV-Nr. 35 S. 27 ff.) bestätigte die fehlende Wirksamkeit der Physiotherapie und riet zu einer stationären psychosomatischen Rehabilitation.

3.1.14 Der RAD-Arzt Dr. med. H.____ bekräftigte in seiner Stellungnahme vom 19. August 2016 (IV-Nr. 28 S. 2 f.) seine frühere Beurteilung vom 16. März 2016 (s. E. II. 3.1.9 hiervor). Die Situation bezüglich der organisierenden Pneumonie sei seit März 2016 stabil resp. verbessere sich klar, abgesehen von der kurzen zwischenzeitlichen Verschlechterung im Februar 2016. Anderweitige Veränderungen negativer Art bestünden im zeitlichen Verlauf keine. Gestützt darauf verneinte die IV am 18. Oktober 2016 einen Leistungsanspruch, da die Klägerin im Oktober 2015, also noch vor Ablauf des Wartejahrs, ihre Arbeitsfähigkeit wiedererlangt habe und keine Invalidität vorliege (IV-Nr. 29).

3.1.15 Im August 2016 brach im linken Ober- und Unterlappen eine organisierende Pneumonie aus (Bericht des F.____ vom 8. August 2016, IV-Nr. 34 S. 21 ff.). Die Lungenfunktion normalisierte sich während der folgenden Behandlung wieder (Bericht vom 12. September 2016, IV-Nr. 34 S. 18 ff.).

3.1.16 Der Bericht des F.____ vom 21. September 2016 (IV-Nr. 34 S. 15 ff.) erwähnte in Zusammenhang mit den funktionellen Schulterschmerzen eine Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion mit Entwicklung eines Chronic central pain-Syndroms. Es sei eine medikamentöse antidepressive Behandlung eingeleitet worden. Für eine psychosomatische Rehabilitation bedürfe es noch einer Kostengutsprache der Krankenkasse. Schlimmer als die Schmerzen empfinde die Klägerin die Wallungen mit Schwitzen, die Müdigkeit sowie die Schlaflosigkeit. Diesbezüglich sei an eine Umstellung der Hormontherapie zu denken.

Nachdem die Kostengutsprache der Krankenkasse vorlag, leitete das F.____ am 3. Oktober 2016 die stationäre Behandlung bei den I.____ in die Wege (IV-Nr. 35 S. 14).

3.1.17 Aus dem Bericht des F.____ vom 19. Oktober 2016 (IV-Nr. 35 S. 10 ff.) ergab sich, dass die Klägerin nach wie vor unter starken rechtsseitigen Rücken- und Schulterschmerzen leide, vor allem im Rahmen der Anpassungsstörung mit Schonverhalten. Die Schulter weise keine Einschränkung der passiven Beweglichkeit auf. Dies stehe im Kontrast zur aktiven

Bewegung, welche massiv eingeschränkt sei. Ausserdem sei die Beschwielung der rechten Hand praktisch gleich wie die der linken Hand, und es zeigten sich deutliche Arbeitsspuren mit kleinen Fissuren, insbesondere im Bereiche der Fingerkuppen. Wichtig sei die psychosomatische Behandlung.

3.1.18 Im November 2016 kam es nach der Reduktion der Steroide zu einem weiteren Rezidiv der organisierenden Pneumonie, diesmal im rechten Oberlappen (Bericht des F.____ vom 1. Dezember 2016, IV-Nr. 34 S. 12 ff.).

3.1.19 Nachdem am 4. November 2016 das Erstgespräch erfolgt war (IV-Nr. 34 S. 10 f.), befand sich die Klägerin vom 21. November 2016 bis 16. Januar 2017 bei den I.____ in einer stationären psychosomatischen Behandlung (s. Berichte vom 16. und 23. Januar sowie 10. Februar 2017, IV-Nr. 34 S. 8 f. / Nr. 35 S. 5 f. / Nr. 40 S. 4 ff.). Es seien eine depressive Störung, bei Eintritt mittelgradig ausgeprägt (F32.1), sowie eine somatoforme Schmerzstörung mit physischen und psychischen Anteilen (F45.41) zu diagnostizieren (IV-Nr. 40 S. 4). Die Klägerin leide unter einer funktionellen Schmerzstörung der rechten Schulter sowie unterschiedlichen somatischen Diagnosen. Konsekutiv habe sich ein depressives Zustandsbild entwickelt (IV-Nr. 40 S. 5). Die Lungenerkrankung im November 2016 habe die Klägerin psychisch und körperlich erschöpft (IV-Nr. 34 S. 8).

3.1.20 Dr. med. G.____ hielt im Bericht vom 1. Februar 2017 fest (IV-Nr. 34 S. 4), die Radiotherapie habe eine sich organisierende Bestrahlungs-Lungenentzündung ausgelöst. Auch die kaum tolerierte onkologische Therapie sei mit ein Grund für die erheblichen Beschwerden wie Schlafstörungen durch starkes Hitzegefühl. Hauptsächlich bestehe jedoch eine erhebliche reaktive Depression. In der Privatwirtschaft sei die Klägerin nicht arbeitsfähig.

3.1.21 Dr. med. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, der die Klägerin seit 15. März 2017 behandelte, berichtete am 12. Juni 2017 (IV-Nr. 43) ebenfalls von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1), sowie von einer somatoformen Schmerzstörung mit physischen und psychischen Anteilen (F45.41). Die schweren somatischen Erkrankungen und deren Behandlungen hätten die Klägerin in den letzten zwei Jahren erschöpft und psychisch belastet.

3.1.22 Der RAD-Arzt Dr. med. H.____ gelangte in seiner Stellungnahme vom 23. Juni 2017 (IV-Nr. 46 S. 2 f.) zum Ergebnis, der Zustand habe sich verschlechtert. Seit November 2016 (d.h. seit dem Beginn des dritten Rezidivs der organisierenden Pneumonie und dem stationären Aufenthalt in der Psychosomatik) liege keine Restarbeitsfähigkeit mehr vor. Er begründete dies mit dem komplexen Zusammenspiel aus einer schweren und inzwischen chronifizierten somatischen Erkrankung in Form der Pneumonie, welche sich allgemein negativ auf das körperliche Befinden sowie die allgemeine Leistungsfähigkeit auswirke, und einer psychogenen Reaktion / Störung im Sinne einer Kombination aus rezidivierender (derzeit mittelgradiger) depressiver Störung sowie somatoformer Schmerzstörung. Allein aus einem rein somatischen Blickwinkel sei dem Hausarzt beizupflichten, dass eine berufliche Tätigkeit noch zu maximal 30 % zumutbar wäre, sei es im geschützten oder im besten Fall in einem freiwirtschaftlichen Rahmen. Jedoch seien auf Grund der beträchtlichen psychischen Problematik die intrapsychischen Ressourcen als derart eingeschränkt zu beurteilen, dass dies aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht (mehr) realistisch erscheine resp. auch umgesetzt werden könne. Allein der chronisch-entzündliche Prozess auf Grund der Pneumonie binde viele psychophysische Ressourcen. Die IV sprach

der Klägerin gestützt darauf mit Verfügung vom 18. Dezember 2017 ab November 2017, d.h. nach Ablauf des Wartejahrs, eine ganze Rente zu, da der erwerbliche Invaliditätsgrad 100 % betrage (IV-Nr. 51 S. 4).

3.1.23 Dr. med. G. ___ erklärte im Bericht vom 17. April 2019 (Klagebeilage / KB-Nr. 8), schon vor der Brustkrebsoperation im Februar 2015 hätten verschiedenste somatische Störungen bestanden, wie Nasenprobleme, Ohrbeschwerden resp. Hörstörungen und Fussbeschwerden. Die Kündigung sei als traumatisch erlebt worden, mit nachfolgenden Bauchbeschwerden und hohem Blutdruck. Die Chemotherapie habe sich belastend ausgewirkt und die Hormontherapie sei schlecht toleriert worden. Hinzu seien die Strahlenpneumonien gekommen. Während des ganzen Jahres 2016 habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden.

E. 3

Eventualiter: [Der Klägerin] sei die unentgeltliche Rechtspflege unter Beiordnung des Unterzeichneten als unentgeltlicher Rechtsbeistand zu gewähren. 2. Die Beklagte lässt mit Klageantwort vom 14. Oktober 2019 die Abweisung der Klage beantragen, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zuzüglich Mehrwertsteuer zu Lasten der Klägerin (A.S. 35 ff.).

3. Der Präsident des Versicherungsgerichts weist das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege mit Verfügung vom 29. Oktober 2019 ab (A.S. 48 f.). Ausserdem ediert er die Akten der Invalidenversicherung (fortan: IV) . 4. Die Klägerin verzichtet am 1. April 2020 auf eine ausführliche Replik und bekräftigt ihre Klagebegehren (A.S. 55 ff.). Weiter beantragt sie, es seien sämtliche Akten der IV über sie beizuziehen. Der Präsident erklärt diesen Antrag mit Verfügung vom 2. April 2020 für gegenstandslos, da sich die IV-Akten bereits beim Gericht befinden (A.S. 58). 5. Der Vertreter der Klägerin reicht am 4. Mai 2020 eine Kostennote ein (A.S. 59 ff.), welche am 5. Mai 2020 zur Kenntnisnahme an die Beklagte geht (A.S. 62). II. 1. 1.1 Das Versicherungsgericht ist zur Beurteilung der vorliegenden Streitsache über Ansprüche einer versicherten Person gegenüber einer Vorsorgeeinrichtung sachlich und örtlich zuständig (Art. 73 Abs. 1 und 3 Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge / BVG, SR 831.40, sowie § 54 Abs. 1 Kantonales Gesetz über die Gerichtsorganisation / GO, BGS 125.12). 2. 2.1 Anspruch auf eine Invalidenrente der obligatorischen beruflichen Vorsorge hat, wer im Sinne der IV zu mindestens 40 % invalid ist und bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, versichert war (Art. 23 lit. a BVG). Entscheidend ist in diesem Zusammenhang einzig der Eintritt der relevanten Arbeitsunfähigkeit, unabhängig davon, in welchem Zeitpunkt und in welchem Masse daraus ein Anspruch auf Invalidenleistungen entsteht. Die Versicherteneigenschaft muss nur bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit gegeben sein, dagegen nicht notwendigerweise auch im Zeitpunkt des Eintritts oder der Verschlimmerung der Invalidität. Der Wegfall der Versicherteneigenschaft bildet denn auch keinen Erlöschungsgrund für den Rentenanspruch (Art. 26 Abs. 3 BVG e contrario; BGE 123 V 262 E. 1a S. 263 f.). Eine entsprechende Regelung findet sich auch im Vorsorgereglement der Beklagten in der ab 1. Januar 2017 geltenden und damit hier anwendbaren Fassung (fortan: Reglement, Beilage zur Klageantwort / BK-Nr. 20). Danach besteht ab einem Invaliditätsgrad von 40 % Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 29 Abs. 2 Reglement), sofern die versicherte Person bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, in der Beklagten versichert war (Art. 29 Abs. 1 Reglement). 2.2 Die obligatorische Versicherung der beruflichen Vorsorge beginnt mit dem Antritt des Arbeitsverhältnisses (Art. 10 Abs. 1

BVG). Sie endet grundsätzlich mit der Auflösung des betreffenden Arbeitsverhältnisses (Art. 10 Abs. 2 BVG); für die Risiken Invalidität und Tod bleibt der Arbeitnehmer allerdings während eines Monats nach Auflösung bei der bisherigen Vorsorgeeinrichtung versichert, sofern nicht bereits zuvor ein neues Vorsorgeverhältnis entsteht (Art. 10 Abs. 3 BVG). Entsprechende Bestimmungen enthält auch das Reglement (Art. 6 Abs. 1 sowie Art. 7 Abs. 1 und 4 Reglement).

2.3 Arbeitsunfähigkeit ist die Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen im bisherigen Beruf (BGE 134 V 20 E. 5.3 S. 27). Sie ist berufsvorsorgerechtlich relevant, wenn sie mindestens 20 % beträgt und sich auf das Arbeitsverhältnis sinnfällig auswirkt oder ausgewirkt hat (Urteil des Bundesgerichts 9C_52/2018 vom 21. Juni 2018 E. 3.2). Der Zeitpunkt des Eintritts dieser relevanten Arbeitsunfähigkeit muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (s. dazu BGE 126 V 353 E. 5b S. 360) nachgewiesen sein. Dieser Nachweis ist grundsätzlich durch echtzeitliche ärztliche Atteste zu erbringen. Nachträgliche Annahmen und spekulative Überlegungen, wie etwa eine erst nach Jahren rückwirkend festgelegte medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit, reichen nicht aus (Urteile des Bundesgerichts 9C_210/2018 vom 29. August 2018 E. 2.2 und 9C_52/2018 vom 21. Juni 2018 E. 3.2).

2.4 Die Arbeitsunfähigkeit, welche während des Vorsorgeverhältnisses eingetreten ist, muss zur späteren Invalidität in sachlicher wie in zeitlicher Hinsicht in einem direkten und engen Zusammenhang stehen (BGE 123 V 262 E. 1c S. 265): Der sachliche Zusammenhang ist gegeben, wenn der der Invalidität zu Grunde liegende Gesundheitsschaden im Wesentlichen derselbe ist, welcher während des Vorsorgeverhältnisses zur Arbeitsunfähigkeit geführt hat (a.a.O.; s.a. Art. 29 Abs. 1 Reglement). Ist die bei noch bestehender Versicherungsdeckung eingetretene Arbeitsunfähigkeit somatisch bedingt, die Invalidität, welche Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung begründet, jedoch psychisch, so wird in der Regel nicht vorausgesetzt, dass die Arbeitsfähigkeit während der Dauer des Vorsorgeverhältnisses (bzw. vor dem Ende der Nachdeckungsfrist für die Risiken Tod und Invalidität) psychisch bedingt mindestens zu 20 % eingeschränkt war. Verlangt wird, dass das Leiden sich manifestiert und das Krankheitsgeschehen erkennbar mitprägt hatte. An diesen Nachweis dürfen keine zu geringen Anforderungen gestellt werden. Erforderlich sind grundsätzlich echtzeitliche Belege, aus denen sich allenfalls im Verbund mit späteren fachärztlichen Berichten gewichtige Anhaltspunkte ergeben, wonach bei noch bestehender Versicherungsdeckung psychische Beeinträchtigungen mit Auswirkungen auf das Krankheitsgeschehen bestanden haben (Urteil des Bundesgerichts 9C_583/2016 vom 19. Januar 2017 E. 5.1). Die zeitliche Konnexität wiederum entfällt dann, wenn die versicherte Person vorübergehend wieder arbeitsfähig wird (BGE 120 V 112 E. 2c/aa S. 117), d.h. wenn die Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Erwerbstätigkeit während mehr als drei Monaten unter 20 % gesunken ist (BGE 144 V 58 E. 4.5 S. 63).

2.5 Für den Beginn des Anspruchs auf eine Invalidenrente der obligatorischen beruflichen Vorsorge gelten sinngemäss die entsprechenden Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20). Die versicherte Person muss demnach während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sein (Art. 26 Abs. 1 BVG i.V.m. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG), wobei der Rentenanspruch aber frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs entsteht (Art. 29 Abs. 1 IVG). Damit übereinstimmend hält das Reglement fest, der Anspruch auf eine Invalidenrente der Beklagten entstehe mit dem Anspruch auf eine Rente der IV (Art. 29 Abs. 3 Reglement).

2.6 Ein Entscheid der IV ist

für eine Einrichtung der beruflichen Vorsorge verbindlich, sofern sie in das invalidenversicherungsrechtliche Verfahren einbezogen wurde, die konkrete Fragestellung für die Beurteilung des Rentenanspruchs gegenüber der IV entscheidend war und die invalidenversicherungsrechtliche Betrachtungsweise auf Grund einer gesamthaften Prüfung der Akten nicht als offensichtlich unhaltbar erscheint (BGE 133 V 67 E. 4.3.2 S. 69, 130 V 270 E. 3.1 S. 273 f.). Diese Bindungswirkung findet ihre positivrechtliche Grundlage in den Art. 23, 24 Abs. 1 und Art. 26 Abs. 1 BVG, welche an die Regelung des IVG anknüpfen oder diese übernehmen. Die Orientierung an der IV bezieht sich insbesondere auf die sachbezüglichen Voraussetzungen des Rentenanspruchs, die Rentenhöhe und den Rentenbeginn (BGE 133 V 67 E. 4.3.2 S. 69). Dies ergibt sich auch aus dem Reglement der Beklagten, wonach die versicherte Person, welche von der IV als invalid anerkannt wird, auch bei der Beklagten ab demselben Datum und im selben Ausmass als invalid gilt (Art. 29 Abs. 1 Reglement).

E. 3.1

3.1.1 Die Klägerin war seit November 2012 beim D.____ (fortan: Arbeitgeber) mit einem Arbeitspensum von 90 % in der Pflege beschäftigt (s. Fragebogen für Arbeitgebende vom 5. Februar 2016 in den Akten der IV-Stelle Solothurn / IV-Nr. 19 S. 2 Ziff. 2.1 sowie S. 3 Ziff.

E. 3.1.20

+ 3.1.23 hiervor) attestieren zwar eine Arbeitsunfähigkeit. Soweit diese aber rückwirkend während des ganzen Jahres 2016 bestanden haben soll, wird dies nicht überzeugend begründet. Als Ursache werden nämlich verschiedene vorbestehende Beschwerden an den Füßen etc. erwähnt, welche hier nicht interessieren, ausserdem psychosomatische Probleme nach der Kündigung wie hoher Blutdruck, welche im weiteren Verlauf keine Rolle für die Arbeitsfähigkeit spielten. Der Hinweis, die onkologische Behandlung habe sich belastend ausgewirkt und sei schlecht vertragen worden, ist zu unbestimmt. Ausserdem ist darauf hinzuweisen, dass gesundheitliche Beeinträchtigungen nicht notwendigerweise zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen müssen (s. Urteil des Bundesgerichts 9C_967/2008 vom 5. Januar 2009 E. 5.2.3). Im Übrigen steht die Aussage des Hausarztes in einem Spannungsverhältnis dazu, dass im Oktober 2015 auf eine onkologische Rehabilitation verzichtet worden war. Die Pneumonien wiederum bewirkten nach Aktenlage vor November 2016 keineswegs eine durchgehende Arbeitsunfähigkeit.

Vor diesem Hintergrund kann die Beurteilung durch den RAD-Arzt nicht als schlechthin unhaltbar bezeichnet werden.

3.2.3 Die Klägerin war somit gemäss den verbindlichen Feststellungen der IV von März bis November 2016 uneingeschränkt arbeitsfähig, also während sieben bis acht Monaten. Der zeitliche Zusammenhang zur Arbeitsunfähigkeit, welche während des Versicherungsschutzes bei der Beklagten eintrat, wurde dadurch unterbrochen (s. E. II. 2.4 hiervor). Dies würde im Übrigen selbst dann zutreffen, wenn man von einer Arbeitsunfähigkeit bereits ab August 2016 ausginge, denn diesfalls hätte von März bis August 2016 immer noch für vier bis fünf Monate eine volle Arbeitsfähigkeit bestanden.

3.3 Zum sachlichen Zusammenhang ist festzuhalten, dass die Invalidität gemäss den Feststellungen des RAD-Arztes auf die Pneumonie und die psychischen Erkrankungen zurückgeht. Diese Leiden haben sich jedoch nach Aktenlage frühestens im August resp. Oktober 2015 manifestiert, also einige Zeit nach dem Ende der Nachdeckungsfrist am 31. Mai 2015. Eine rückwirkende Diagnose wird nirgends gestellt. Die Akten enthalten auch

sonst keine Hinweise, dass die fraglichen Leiden noch während der Versicherungsdeckung das Krankheitsgeschehen erkennbar mitgeprägt hätten (s. dazu Urteil des Bundesgerichts 9C_158/2018 vom 19. Dezember 2018 E. 5.2); dieses war vielmehr bis zum Ende der Nachdeckungsfrist vom Krebsleiden und dessen Behandlung bestimmt. Die seit der Operation im März 2015 geklagten Schulterschmerzen wiederum begründen keine Invalidität und sind daher hier nicht von Bedeutung (s. E. II. 3.2.1 in fine hiervor). Geht die Invalidität aber nicht auf Leiden zurück, die spätestens innerhalb der Nachdeckungsfrist aufgetreten sind, dann fehlt es am erforderlichen sachlichen Zusammenhang zwischen der Arbeitsunfähigkeit während des Vorsorgeverhältnisses und der späteren Invalidität.

3.4 Zusammenfassend besteht mangels eines zeitlichen und sachlichen Zusammenhangs kein Anspruch der Klägerin auf Invalidenleistungen der Beklagten. Die Klage stellt sich damit als unbegründet heraus und wird abgewiesen.

4. Der unterlegenen Klägerin steht keine Parteientschädigung zu. Der obsiegenden Beklagten wiederum ist ebenfalls keine Entschädigung zuzusprechen, da das einschlägige kantonale Verfahrensrecht lediglich der obsiegenden versicherten Person einen solchen Anspruch einräumt (§ 7 Abs. 3 Verordnung des Kantonsrates über das Verfahren vor dem Versicherungsgericht und über die Organisation und das Verfahren der Schiedsgerichte in den Sozialversicherungen / VVV, BGS 125.922). Dies deckt sich mit der Rechtsprechung, dass Vorsorgeeinrichtungen grundsätzlich keine Entschädigung zusteht (Hans-Ulrich Stauffer in: Berufliche Vorsorge, 2. Aufl., Zürich 2012, S.737 Rz 1951). Eine Ausnahme von diesem Grundsatz gilt zwar dann, wenn der Gegenpartei leichtfertige oder mutwillige Prozessführung (im Sinne von § 7 Abs. 2 VVV) vorzuwerfen ist (SOG 2002 Nr. 42; Stauffer, a.a.O., S. 738 Rz 1952). Dies trifft jedoch bei der Klägerin nicht zu, denn ihre fehlende Anspruchsberechtigung gegenüber der Beklagten ist nicht auf den ersten Blick ersichtlich, sondern ergibt sich erst nach eingehender Prüfung.

5. Verfahrenskosten sind keine zu erheben (Art. 73 Abs. 2 BVG und § 7 Abs. 1 VVV).

Demnach wird erkannt:

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Haldemann

E. 3.2

3.2.1 Die IV stellte in ihrer ersten IV-Verfügung vom 18. Oktober 2016 fest, die Klägerin sei seit Oktober 2015 wieder voll arbeitsfähig gewesen. Das zweite Pneumonieerzidiv habe sich hier lediglich vorübergehend, im Februar und März 2016, ausgewirkt. Die Klägerin

hatte diese Verfügung seinerzeit nicht angefochten, womit sie in Rechtskraft erwuchs. In der Klage wird ausserdem zu Recht nicht geltend gemacht, die besagte Verfügung sei offensichtlich unhaltbar:

Die IV konnte sich bei ihrer Feststellung, ab März 2016 habe nach dem kurzen Unterbruch durch die Pneumonie wieder eine volle Arbeitsfähigkeit bestanden, auf die Einschätzung des RAD-Arztes stützen, der die vorliegenden Akten gewürdigt hatte (E. II. 3.1.9 + 3.1.14 hiervor). Der RAD-Arzt gelangte zum Schluss, dass die Rekonvaleszenz nach der Brustkrebsbehandlung im Oktober 2015 abgeschlossen war, während der erste Rückfall der Pneumonie im Februar 2016 nur eine kurze Verschlechterung bewirkte und ab März 2016 keinen Einfluss mehr auf die Leistungsfähigkeit hatte. Diese Einschätzung korrespondiert mit den Berichten der behandelnden Ärzte: Einerseits trat nach den Operationen und der Strahlentherapie kein Tumorrezidiv auf (E. II. 3.1.5 + 3.1.13 hiervor). Auf die ursprünglich diskutierte onkologische Rehabilitation (s. dazu E. II. 3.1.3 hiervor) wurde nach der Kontrolluntersuchung vom 29. Oktober 2015 verzichtet. Andererseits war gemäss Dr. med. E. ___ ab Januar 2016 wieder von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen (E. II. 3.1.5 hiervor). Das erste Pneumonierezidiv wiederum heilte im März 2016 vollständig ab (E. II. 3.1.8 + 3.1.12 hiervor), womit eine damit verbundene Arbeitsunfähigkeit endete. Aus den Akten ergeben sich auch keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass bereits im März 2016 in absehbarer Zeit mit einem erneuten Rezidiv der Pneumonie zu rechnen war. Gegen eine solche Sichtweise sprach vielmehr, dass sich die entsprechenden Befunde im März 2016 wieder vollständig zurückgebildet hatten (E. II. 3.1.8 hiervor) und im Mai 2016 festgestellt wurde, dass es trotz reduzierter Steroide zu keinem Rückfall gekommen war (E. II. 3.1.12 hiervor).

Mit dem abweichenden Bericht des Hausarztes Dr. med. G. ___ vom 14. Januar 2016 (E. II. 3.1.7 hiervor) setzte sich der RAD-Arzt auseinander und verwarf ihn zu Recht. Der Hausarzt bezog sich nämlich teilweise auf gesundheitliche Probleme wie die Gesichtsschmerzen etc., welche schon längere Zeit vor der Kündigung bestanden und die Klägerin nicht an der Arbeit gehindert hatten. Zudem nannte er als Ursache der anhaltenden Arbeitsunfähigkeit auch die Pneumonie, was nicht überzeugt, denn diese war im Januar 2016 gar nicht aktiv. Neue Erkenntnisse zu den somatischen Leiden ergeben sich hier keine. Aufschlussreich am Hausarztbericht ist allerdings, dass er die psychische Seite (im Gegensatz zum späteren Bericht vom 1. Februar 2017, E. II. 3.1.20 hiervor) gänzlich unerwähnt liess. Daraus ist zu schliessen, dass der Hausarzt dem psychischen Zustand der Klägerin damals keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beimass. Dies korrespondiert mit den übrigen Akten. Es trifft zwar zu, dass Dr. med. E. ___ ■ welcher freilich kein Facharzt der Psychiatrie ist ■ im Bericht vom 9. September 2015 eine «depressive Verstimmung» erwähnte, die seit August 2015 medikamentös behandelt werde (E. II. 3.1.2 hiervor). Dabei handelt es sich jedoch um keine nach ICD-10 kodierte fachärztliche Diagnose einer depressiven Störung resp. Episode. Die Annahme eines Gesundheitsschadens im Sinne des IVG (und damit auch der beruflichen Vorsorge) setzt indes grundsätzlich voraus, dass eine psychiatrische Diagnose gestellt wird, welche sich auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abstützt (Urteile des Bundesgerichts 8C_909/2017 vom 26. Juni 2018 E. 8 und 8C_345/2012 vom 17. September 2012 E. 3.5.1). Hinzu kommt, dass in den späteren Berichten ab Dezember 2015 kein depressives Leiden mehr auftauchte und sich unter den aufgelisteten Medikamenten kein Antidepressivum fand (s. IV-Nr. 16 S. 5 f. / Nr. 17 S. 5 ff., 10 ff. und 14 ff. / Nr. 26 S. 3 ff., 7 f. und 9 ff. / Nr. 34 S. 29 f., 49 ff. und 52 ff.),

d.h. die psychopharmakologische Behandlung war bereits nach kurzer Zeit wieder eingestellt worden. Erst am 23. Mai 2016 war wieder von einer reaktiven depressiven Entwicklung die Rede, was aber nach wie vor keine kodierte Diagnose darstellte und auch zu keiner entsprechenden Behandlung führte (IV-Nr. 34 S. 28).

Richtig ist, dass laut einigen Arztberichten wegen der anhaltenden Schulterschmerzen eine Arbeitsunfähigkeit bestanden haben soll (E. II. 3.1.7 + 3.1.10 hiervor). Der RAD-Arzt weist jedoch, in Einklang mit den Befunden, welche die behandelnden Ärzte erhoben hatten, zutreffend darauf hin, dass sich für die Schulterschmerzen keine somatische Ursache findet. Soweit sich Beschwerden indes nicht auf objektivierbare organische Schäden zurückführen lassen, darf eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit füglich verneint werden (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_990/2012 vom 10. Juni 2013 E. 5.1 und 9C_514/2015 vom 14. Januar 2016 E. 4). Bewirken die Schulterschmerzen aber keine relevante Arbeitsfähigkeit, dann sind sie für die Frage des zeitlichen Zusammenhangs unerheblich.

Vor diesem Hintergrund kann nicht gesagt werden, die Feststellung in der IV-Verfügung vom 18. Oktober 2016, die Klägerin sei ab März 2016 wieder uneingeschränkt arbeitsfähig gewesen, sei offensichtlich unhaltbar. Diese Feststellung ist daher auch im Rahmen der beruflichen Vorsorge verbindlich.

3.2.2 Laut der zweiten, ebenfalls unangefochtenen IV-Verfügung vom 18. Dezember 2017 trat die Arbeitsunfähigkeit, welche später zur Invalidität führte, erst im November 2016 ein. Dem hält die Klägerin entgegen, diese Feststellung sei für die berufliche Vorsorge nicht bindend, vielmehr müsse von einem Beginn der Arbeitsunfähigkeit bereits im August 2016 ausgegangen werden (A.S. 12 f.). Dieser Auffassung kann indes nicht gefolgt werden. Zwar trifft es zu, dass in der IV kein Anlass besteht, den Verlauf der Arbeitsunfähigkeit mehr als sechs Monate vor dem Zeitpunkt der Anmeldung zu prüfen (s. dazu E. II. 2.5 hiervor). Verbindliche Feststellungen und Beurteilungen der IV-Organen für weiter zurückliegende Zeiten fallen deshalb von vornherein ausser Betracht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_896/2015 vom 16. Dezember 2016 E. 4.2). Im vorliegenden Fall hätte ein Rentenanspruch indes, angesichts der Neuanschuldung vom 9. Februar 2017 (IV-Nr. 35 S. 1), auch schon im August 2017 entstehen können. Somit spielte es für den Rentenbeginn in der IV entgegen der Argumentation der Klägerin durchaus eine Rolle, ob die Arbeitsunfähigkeit und damit das Wartejahr bereits im August oder erst November 2016 einsetzte. Die Feststellung der IV, die massgebliche Arbeitsunfähigkeit habe seit November 2016 bestanden, ist folglich für die berufliche Vorsorge verbindlich.

Der Einwand der Klägerin, die IV-Verfügung vom 18. Dezember 2017 sei unhaltbar, soweit es den Beginn der Arbeitsunfähigkeit betreffe, ist ebenfalls nicht stichhaltig. Die IV stellte hier wiederum auf den RAD-Arzt ab (E. II. 3.1.22 hiervor). Dieser begründete den Eintritt der Arbeitsunfähigkeit im November 2016 damit, dass in diesem Monat einerseits das vierte Rezidiv der Pneumonie aufgetreten und andererseits eine stationäre psychosomatische Behandlung aufgenommen worden war. Der RAD-Arzt stützte sich mit anderen Worten auf sachliche Gründe. Seine Beurteilung mag zwar diskutabel sein, könnte man doch auch argumentieren, entscheidend für den Beginn der Arbeitsunfähigkeit sei, dass es im August 2016 zu einem dritten Pneumonieerzidiv gekommen und schon damals die Indikation für die spätere psychosomatische Behandlung gestellt worden sei. Die Auffassung des RAD-Arztbeschlusses lässt sich jedoch mit der Aktenlage vereinbaren, so dass sie vertretbar erscheint:

Keiner der behandelnden Fachärzte attestierte im Zeitraum von März bis November 2016 wegen des Zustands nach der Tumorerkrankung eine Arbeitsunfähigkeit. Soweit auf die Schulterschmerzen Bezug genommen wird, sind diese, wie bereits dargelegt, für die Arbeitsfähigkeit nicht relevant (s. dazu E. II. 3.2.1 hiervor). Zum Pneumonierezidiv im August 2016 wiederum ist anzumerken, dass sich die Lungenfunktion in der Folge wieder normalisierte (E. II. 3.1.15 hiervor).

Was den psychischen Zustand angeht, so empfahl der Bericht des F.____ vom 27. Juli 2016 zwar eine medikamentöse antidepressive Behandlung, welche dann im August 2016 eingeleitet wurde (E. II. 3.1.16 hiervor). Die Verschreibung eines Antidepressivums bedeutet aber nicht, dass zwingend eine depressive Störung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorlag (Urteil des Bundesgerichts 9C_967/2008 vom 5. Januar 2009 E. 5.2.3), zumal wenn dies wie hier nicht durch einen Psychiater geschieht und als Diagnose lediglich ein «depressives Syndrom» ohne Angaben zum Schweregrad aufgelistet wird (E. II. 3.1.13 hiervor). Ebenso wenig kann aus dem Umstand, dass ein fachfremder Arzt im September 2016 eine stationäre (psychosomatische) Behandlung empfahl (E. II. 3.1.16 hiervor), ohne weiteres auf eine Arbeitsunfähigkeit geschlossen werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_95/2019 vom 3. Juni 2019 E. 5.2). Eine formelle Diagnose psychischer Leiden durch einen Facharzt der Psychiatrie erfolgte erstmals am 4. November 2016 bei den Psychiatrischen Diensten (E. II. 3.1.19 hiervor), wobei es in den dortigen Berichten nirgends hiess, dass diese Beurteilung rückwirkend gelte. Bei den I.____ ging man vielmehr in Übereinstimmung mit dem RAD-Arzt davon aus, die entscheidende gesundheitliche Verschlechterung sei im November 2016 eingetreten, als die erneute Pneumonie zu einer Erschöpfung der Klägerin geführt habe (a.a.O.). Aus dem Bericht des behandelnden Psychiater Dr. med. J.____ vom 12. Juni 2017 (E. II. 3.1.21 hiervor) vermag die Klägerin nichts zu ihren Gunsten abzuleiten. Nach diesem Bericht sollen sich die somatischen Erkrankungen in den letzten zwei Jahren auf den psychischen Zustand ausgewirkt haben. Dabei handelt sich aber einerseits um keine echtzeitliche Beurteilung, denn Dr. med. J.____ kann für die Zeit vor Behandlungsbeginn im März 2017 keine Angaben aus eigener Anschauung machen. Andererseits spricht er nicht ausdrücklich von einer (durchgehenden) Arbeitsunfähigkeit seit 2015, sondern gibt nur an, die somatischen Leiden seien psychisch belastend gewesen, was ziemlich vage ist und nicht erlaubt, ab einem bestimmten Zeitpunkt von einer Arbeitsunfähigkeit in einer bestimmten Höhe auszugehen.

Die Berichte des Hausarztes Dr. med. G.____ enthalten ebenfalls keine Angaben, welche ernsthafte Zweifel an der Einschätzung des RAD-Arztes erwecken könnten: Im Bericht vom 21. Juni 2016 (E. II. 3.1.11 hiervor) verwies der Hausarzt auf eine protrahierte Steroidtherapie, ohne daraus aber konkrete Schlussfolgerungen hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit zu ziehen, während er auf die psychische Seite mit keinem Wort einging. Die erwähnten (nicht näher spezifizierten) Einschränkungen durch Schulterschmerzen haben, wie schon dargelegt, keine Bedeutung für die Arbeitsfähigkeit (s. dazu E. II. 3.2.1 hiervor). Die Berichte vom 1. Februar 2017 und 17. April 2019 (E. II.