

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2010.00013 vom 14. September 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-09-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_BV.2010.00013

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2010.00013 du 14 septembre 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2010.00013 del 14 settembre 2011

Erwägungen

E. 1

1.1. X., geboren 1950, ist diplomierte Pflegefachfrau (Krankenschwester; Urk. 12/1/16-17, 12/1/21-22, 12/2/21-22 und 12/53/15-22). Von Oktober 1984 bis November 1998 sowie von Oktober 1999 bis März 2007 war sie mit unterschiedlichem Pensum in YY. ischen Spitälern tätig, nämlich von Oktober 1984 bis November 1998 und von März 2002 bis März 2007 im Kantonsspital Y. (von 1. Oktober 1984 bis 30. November 1998 zu 75 % in der Gynäkologieabteilung der Frauenklinik, von 1. März bis 31. Juli 2002 zu 90 % auf der Chirurgischen Abteilung, von 1. August 2002 bis 31. Juli 2005 zu 80-90 % auf der Orthopädischen Abteilung und von 1. August 2005 bis 31. März 2007 zu 40-50 % in der ambulanten Tagesklinik), von Oktober 1999 bis Juni 2000 in der Klinik Z. in ' ' (zu 100 % als Abteilungsschwester) sowie von Mitte Juli 2000 bis Februar 2002 im Kantonsspital A. (ab 17. Juli 2000 zu 80 % auf der Gynäkologischen Abteilung der Frauenklinik; vgl. Urk. 8/4-5, 12/1-2, 12/6, 12/23, 12/52-53, 12/55, 12/58, 12/60, 12/81 und 14/55-58). Im Rahmen ihrer Tätigkeit in YY. ischen Kantonsspitälern war sie jeweils bei der Pensionskasse YY. obligatorisch berufsvorsorgeversichert.

Von April bis Dezember 2007 war X. in den Kliniken B. in D- ' ' beschäftigt (wo sie schon von Januar bis September 1999 tätig gewesen war; Urk. 12/53), bevor sie im Januar 2008 eine 80%-Stelle als Nachtwache bei der Klinik C. mit Berufsvorsorgeversicherung bei der AXA Stiftung Berufliche Vorsorge, Winterthur (nachfolgend: AXA-Stiftung; Urk. 2/1), antrat (Arbeitsantritt: 15. Januar 2008). Dort blieb sie bis März 2009 angestellt (letzter effektiver Arbeitstag: 4. Mai 2008; vgl. Urk. 12/85 und 12/116; vgl. zum IK-mässigen schweizerischen Versicherungsverlauf auch: Urk. 12/1/11-14, 12/2/11-14, 12/5, 12/87, 12/115, 14/17-18, 14/36-37, 14/46, 14/69-73, 14/83 Beilage, 14/84, 14/86-87, 14/89 und 14/97).

1.2. Am 23. November 2002 zog sich X. bei der Arbeit eine Schulterverletzung (rechts) zu (Urk. 12/12, 12/15 und 12/31). Am 28. Juli 2004 erlitt sie einen weiteren Arbeitsunfall mit Verletzung im Nacken-Schulter-Arm-Bereich (Urk. 12/14, 12/31 und 12/54). Sodann wurde X. am 28. November 2006 Opfer eines Verkehrsunfalls mit HWS-Verletzung (Urk. 12/60/3-4, 12/60/19 und 12/60/34). Ausserdem verletzte sie sich am 15. März 2007 bei einem Sturz das linke Knie (Urk. 12/60/6 und 12/60/34). Nachdem X. seit 2002 wiederholt und in verschiedenem Grade arbeitsunfähig gewesen war, stellte sie ihre Arbeitstätigkeit anfangs Mai 2008 - mithin während der Anstellung bei der Klinik C. - gesundheitsbedingt endgültig ein (Urk. 12/82).

1.3. Ein von X. Ende Juni 2005 bei der Deutschen Rentenversicherung gestellter Rentenantrag war mit Bescheid vom 7. Juni 2007 (Urk. 14/83) und Widerspruchsbescheid vom 18. Dezember 2007 (Urk. 14/78) abgelehnt worden (vgl. Mitteilung vom 21. Januar 2008 [Urk. 14/80]).

Im Juni 2005 hatte sich X. sodann auch bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) angemeldet (Urk. 2/4, 12/1-2 und 14/63), wobei sie im Februar 2006 anstelle der ursprünglich nachgesuchten beruflichen Eingliederungsmassnahmen (Berufsberatung, Umschulung und Arbeitsvermittlung) einen (zusätzlichen) Antrag auf Berentung stellte (Urk. 12/36). Im Oktober 2008 erneuerte sie ihr Leistungsbegehren (Urk. 2/16, 12/76 und 14/64), ohne die nachgesuchten Leistungen näher zu spezifizieren (Urk. 12/79). Nach medizinischen und erwerblichen Abklärungen sowie durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 2/23, 12/99-100 und 14/74-75) erhielt X. von der IV-Stelle für Versicherte im Ausland mit Verfügungen vom 27. Oktober 2009 (Urk. 2/17, 12/109 und 14/41-44) mit Wirkung von 1. April 2006 bis 30. Juni 2008 eine Viertels- und mit Wirkung ab 1. Juli 2008 eine ganze IV-Rente nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von 47 % beziehungsweise 100 % zugesprochen (Mitteilung des Rentenbeschlusses vom 23. September 2009 [Urk. 12/105 und 14/51]; vgl. 'Case Reports' der IV-Stelle YY. vom 18. Juni 2007 [Urk. 12/65] und 23. September 2009 [Urk. 12/107]).

1.4. Am 21. August 2009 liess X. bei der Pensionskasse YY. um Ausrichtung von Invalidenleistungen der beruflichen Vorsorge nachsuchen. Die Pensionskasse YY. anerkannte hierauf eine während der Versicherungszeit eingetretene (unfallbedingte) erwerbliche Invalidität von 50 % und lehnte eine weitergehende Leistungspflicht zufolge erst nach Beendigung des Vorsorgeverhältnisses eingetretener beziehungsweise verschlimmelter Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit ab (Schreiben vom 7. September 2009 [Urk. 2/18] und 14. Oktober 2009 [Urk. 2/19]).

Mit Schreiben vom 21. August und 15. September 2009 liess X. sodann auch bei der AXA-Stiftung die Ausrichtung von Invalidenleistungen der beruflichen Vorsorge beantragen. Mit Bescheid vom 2. Oktober 2009 (Urk. 2/20 und 12/108) verneinte die AXA-Stiftung unter Berufung auf eine vorbestandene invaliditätsrechtliche Arbeitsunfähigkeit ihre Leistungspflicht, was sie auf Einwand vom 7. Dezember 2009 (Urk. 2/21) hin am 29. Dezember 2009 bekräftigte (Urk. 2/22 und 12/112).

E. 2

2.1. Mit Eingabe vom 8. Februar 2010 (Urk. 1; samt Beilagen [2/1-23]) liess X. - vertreten durch Rechtsanwalt Studer, Kreuzlingen (Urk. 2/2 = 3) - beim Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Klage gegen die AXA-Stiftung erheben mit dem Rechtsbegehren um kosten- und entschuldigendliche Verpflichtung derselben zur Ausrichtung der gesetzlich und reglementarisch geschuldeten (Invaliden-)Leistungen (S. 2).

2.2. Mit Klageantwort vom 8. April 2010 (Urk. 7; samt Aktenbeilage [Urk. 8/1-6]) schloss die AXA-Stiftung auf kostenfällige Klageabweisung (S. 2).

Mit Gerichtsverfugung vom 9. April 2010 (Urk. 9) wurden - antragsgemäss (Urk. 7 S. 2 Ziff. I.3) - die IV-Akten beigezogen, welche von der IV-Stelle YY. am 14. April 2010 (Urk. 11) und von der IV-Stelle für Versicherte im Ausland am 19. April 2010 (Urk. 13) übermittelt wurden und als Urk. 12/1-121 beziehungsweise Urk. 14/1-97 zu den Prozessakten genommen wurden. Mit Gerichtsverfugung vom 23. April 2010 (Urk. 15)

wurde den Parteien vom Eingang der Beizugsakten Kenntnis gegeben, und es wurde - antragsgemäss (Urk. 7 S. 2 Ziff. I.5) - die Pensionskasse YY.____ zum Prozess beigelegt, welche sich mit Zuschrift vom 10. Mai 2010 (Urk. 17) vernehmen liess. Mit Replik vom 2. Juni 2010 (Urk. 20) und Duplik vom 9. August 2010 (Urk. 25) bekräftigten die Parteien ihre eingangs gestellten Anträge (S. 6 bzw. S. 2 und 4). Die Beigeladene verzichtete mit Eingabe vom 16. August 2010 (Urk. 28) auf eine weitere Stellungnahme.

E. 3

3.1 Die Sache Die Angelegenheit erweist sich beim derzeitigen Stand der Akten als spruchreif und kann demzufolge ohne Weiterungen der Erledigung zugeführt werden. Die Eingabe der Beigeladenen vom 16. August 2010 wurde Klägerin und der Beklagten ebenso zur Kenntnisnahme zugestellt wie der Klägerin die Duplik vom 9. August 2010 (Mitteilung vom 17. August 2010 [Urk. 29]).

3.2 Auf die Vorbringen der Prozessbeteiligten (Urk. 1, 7, 17, 20 und 25) und die zu würdigenden Unterlagen (Urk. 2/1, 2/3-23, 8/1-6, 12/1-121 und 14/1-97) wird - soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich - in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 Streitig und zu beurteilen ist der grundsätzliche Anspruch der Klägerin auf Invalidenleistungen der beruflichen Vorsorge gegenüber der Beklagten. Zu prüfen ist dabei die Leistungspflicht in Bezug auf den Zeitpunkt, zu welchem die Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, eingetreten ist. Die Leistungsbemessung liegt nicht im Streit.

1.2 Die Klägerin lässt zusammenfassend geltend machen, sie habe nach den Arbeitsunfällen vom November 2002 und Juli 2004 unter erheblichen gesundheitlichen Beschwerden gelitten und sei infolgedessen im Frühjahr 2005 während mehrerer Wochen arbeitsunfähig gewesen. Auf ärztliche Empfehlung habe sie sich deshalb im Juni 2005 bei der IV angemeldet. Kurz nach der IV-Anmeldung sei ihr vom Kantonsspital Y.____ eine alternative, leidensangepasste Tätigkeit angeboten worden, in welcher sie ihre Restarbeitsfähigkeit besser nutzen könne, wodurch sich namentlich die psychische Situation aufgehellt habe. Nach dem Autounfall vom November 2006 sei sie sechs Wochen arbeitsunfähig gewesen, habe ihre Arbeitstätigkeit im Kantonsspital Y.____ danach aber wieder aufgenommen. Die Kündigung der Arbeitsstelle per Ende März 2007 sei aufgrund der zusätzlichen Belastung durch den langen Arbeitsweg erfolgt. Im April 2007 habe sie eine Arbeitsstelle bei den Kliniken B.____ angetreten, wo sie bis Ende Dezember 2007 gearbeitet habe, und im Januar 2008 habe sie dann mit der - bei der Beklagten versicherten - Arbeit in der Klinik C.____ begonnen, wo sie nach 4-monatiger Tätigkeit schliesslich wegen anhaltender beruflicher Überlastung bei vorbestehenden gesundheitlichen Einschränkungen Anfang Mai 2008 zusammengebrochen sei. Seither habe sie keine Arbeitstätigkeit mehr aufnehmen können. Im Oktober 2008 sei dann - auf Anweisung des bis Ende April 2010 ein volles Taggeld erbringenden Krankentaggeldversicherers - eine neuerliche IV-Anmeldung erfolgt. Zwischen 2005 und 2008 habe die Klägerin mehrheitlich voll gearbeitet, wobei die in den Jahren 2004 bis 2008 zu gewärtigenden Arbeitsunfähigkeiten hauptsächlich auf Unfallfolgen zurückzuführen gewesen seien, währenddem die im Mai 2008 eingetretene

gesundheitliche Verschlechterung und daraus resultierende Arbeitsunfähigkeit hauptsächlich psychisch bedingt sei. Gemäss verbindlicher Feststellung der IV-Organe sei die Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur vollständigen Invalidität geführt habe, psychisch bedingt und als solche erst im Mai 2008 eingetreten, derweil die von 2. August 2005 bis 4. Mai 2008 durchschnittlich 50%ige Arbeitsunfähigkeit nicht psychisch, sondern somatisch bedingt und durch die erlittenen Unfälle verursacht gewesen sei. Für die gesicherte Annahme einer mindestens 20%igen psychischen Mitverursachung der vormaligen Arbeitsunfähigkeit fehle es an echtzeitlichen medizinischen Grundlagen. Nach der internen Versetzung beim Kantonsspital Y. ___ im Sommer 2005 habe sich der Gesundheitszustand wieder erheblich verbessert, und bis zum Zusammenbruch im Mai 2008 habe es fast drei Jahre gedauert, während denen die Klägerin ihr Restleistungsvermögen mehrheitlich voll ausgeschöpft habe.

Die Beklagte wendet demgegenüber im Wesentlichen ein, dass ein psychisches Leiden mit Auswirkung auf das Leistungsvermögen schon während der Versicherungszeit bei der Beigeladenen bestanden habe. Bereits vor dem Versicherungseintritt bei der Beklagten sei ein krankheitswertiger psychischer Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erkennbar in Erscheinung getreten und habe das Geschehen augenscheinlich mitgeprägt. Von einer nach den Berufsunfällen vom November 2002 und Juli 2004 sowie insbesondere dem Nichtberufsunfall vom November 2006 und dem Treppensturz vom März 2007 wiedererlangten Arbeitsfähigkeit könne keine Rede sein, zumal das Kantonsspital Y. ___ die Klägerin vor der gesundheitsbedingten Vertragsauflösung per Ende März 2007 nurmehr im Umfang von 40 % habe weiterbeschäftigen wollen und es sich bei den nachfolgenden Anstellungen in den Kliniken B. ___ und in der Klinik C. ___ um - gescheiterte - Arbeitsversuche gehandelt habe, wobei die dortige Verrichtung der bisherigen Berufsarbeit mit der offensichtlichen Gefahr der - letztlich auch eingetretenen - Verschlimmerung des Gesundheitszustands verbunden gewesen sei. Die Feststellungen der IV-Organe seien zwar verbindlich, doch bedeute die "hauptsächliche" Zurückführung der in den Jahren 2004 bis 2008 aufgetretenen Arbeitsunfähigkeiten auf Unfallfolgen nicht, dass diese "ausschliesslich" somatisch bedingt gewesen seien; vielmehr stehe aufgrund der vorhandenen Arztberichte fest, dass schon die nach Ablauf der 1-jährigen Wartezeit per 1. April 2006 eingetretene Invalidität durch ein psychisches Leiden mitverursacht gewesen sei. Zuzufolge fortbestehender teilweiser Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit aus somatischen wie psychischen Gründen sei der sachliche und zeitliche Zusammenhang vom Eintritt der Arbeitsunfähigkeit im April 2005 bis zu der zur Zusprechung einer ganzen IV-Rente ab Juli 2008 führenden wesentlichen Verschlechterung im Mai 2008 nicht unterbrochen worden.

Die Beigeladene vertritt den Standpunkt, die zur IV-Rentenerhebung per 1. Juli 2008 führende gesundheitliche Verschlechterung sei auf erst nach dem Versicherungsaustritt eingetretene psychische Ursachen zurückzuführen und stehe in keinem relevanten Zusammenhang zur vormals unfallbedingten 50%igen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit.

2.

2.1. Der Leistungsanspruch aus obligatorischer beruflicher Vorsorge wegen Invalidität setzt voraus, dass die Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, während der Dauer des Vorsorgeverhältnisses (einschliesslich der Nachdeckungsfrist nach Art. 10 Abs. 3 des Bundesgesetzes über die berufliche Alters-,

Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge [BVG]) eingetreten ist (Versicherungsprinzip; Art. 23 BVG in der bis 31. Dezember 2004 gÄ¼ltig gewesenen Fassung bzw. Art. 23 lit. a BVG in der seit 1. Januar 2005 geltenden Fassung; BGE 135 V 13 E. 2.6, 134 V 20 E. 3 und 123 V 262 E. 1c). Massgebend ist mithin einzig der Eintritt der relevanten ArbeitsunfÄ¼higkeit, unabhÄ¼ngig davon, in welchem Zeitpunkt und in welchem Masse daraus ein Anspruch auf Invalidenleistungen entsteht. Die Versicherteneigenschaft muss nur bei Eintritt der ArbeitsunfÄ¼higkeit gegeben sein, dagegen nicht notwendigerweise auch im Zeitpunkt des Eintritts oder der Verschlimmerung der InvaliditÄ¼t. Diese wÄ¼rtliche Auslegung steht in Einklang mit Sinn und Zweck der Bestimmung, nÄ¼mlich denjenigen Arbeitnehmern Versicherungsschutz angedeihen zu lassen, welche nach einer lÄ¼ngeren Krankheit aus dem ArbeitsverhÄ¼ltnis ausscheiden und erst spÄ¼ter invalid werden. FÄ¼r eine einmal aus - wÄ¼hrend der Versicherungsdauer aufgetretene - ArbeitsunfÄ¼higkeit geschuldete Invalidenleistung bleibt die Vorsorgeeinrichtung somit leistungspflichtig, selbst wenn sich nach Beendigung des VorsorgeverhÄ¼ltnisses der InvaliditÄ¼tsgrad Ä¼ndert. Entsprechend bildet denn auch der Wegfall der Versicherteneigenschaft keinen ErlÄ¼schungsgrund (Art. 26 Abs. 3 BVG e contrario; BGE 123 V 262 E. 1a und 118 V 35 E. 5).

Dieser Grundsatz findet auch in der weitergehenden Vorsorge Anwendung, wenn - wie hier der Fall (Ziff. 20.2 und 24 des Vorsorgereglements fÄ¼r die BVG-Basisvorsorge [VReg; Urk. 2/1]) - das Reglement oder die Statuten nichts anderes vorsehen (BGE 136 V 65 E. 3.2 und 123 V 262 E. 1b). KnÄ¼pft der reglementarische InvaliditÄ¼tsbegriff einer umhÄ¼llenden Kasse hingegen - was hier nicht der Fall ist - an ein konkretes ArbeitsverhÄ¼ltnis und die Versicherteneigenschaft an, ist fÄ¼r eine nach Beendigung des VorsorgeverhÄ¼ltnisses eingetretene ErhÄ¼hung des InvaliditÄ¼tsgrades mangels einer - hier vorhandenen - ausdrÄ¼cklichen reglementarischen Revisionsbestimmung von einer LÄ¼cke im Versicherungsschutz aus weitergehender Vorsorge auszugehen (BGE 136 V 65 E. 3.5).

2.2Ä¼ Ä¼ Ä¼ Unter ArbeitsunfÄ¼higkeit ist die Einbusse an funktionellem LeistungsvermÄ¼gen im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zu verstehen (BGE 134 V 20 E. 3.2.2 mit Hinweisen; SZS 2003 S. 521). Sie muss mindestens 20 % betragen (Urteil des Bundesgerichts [BGer] 9C_127/2008 vom 11. August 2008 E. 2.3, publiziert in: SVR 2008 BVG Nr. 34 S. 143 mit Hinweisen; Urteile des damaligen EidgenÄ¼ssischen Versicherungsgerichts [EVG] B 88/06 vom 13. August 2007 E. 3.2 und B 18/97 vom 29. April 1998 E. 4b) und sich auf das ArbeitsverhÄ¼ltnis sinnfÄ¼llig auswirken oder ausgewirkt haben (Urteile des BGer 9C_18/2009 vom 7. April 2009 E. 3.2.1 und 9C_772/2007 vom 26. Februar 2008 E. 3.2). Hat die leistungsersuchende Person im fraglichen Zeitraum den vollen Lohn bezogen, so muss gemÄ¼ss der Rechtsprechung zum Nachweis des Eintritts der ArbeitsunfÄ¼higkeit, deren Ursache zur InvaliditÄ¼t gefÄ¼hrt hat, eine berufsvorsorgerechtlich relevante Einbusse an funktionellem LeistungsvermÄ¼gen arbeitsrechtlich in Erscheinung getreten sein, so etwa durch einen Abfall der Leistungen mit entsprechender Feststellung oder gar Ermahnung des Arbeitgebers oder durch gehÄ¼ufte, aus dem Rahmen fallende gesundheitlich bedingte ArbeitsausfÄ¼lle. Eine erst nach Jahren rÄ¼ckwirkend festgelegte medizinisch-theoretische ArbeitsunfÄ¼higkeit, ohne dass der frÄ¼here Arbeitgeber die Leistungseinbusse bemerkt hÄ¼tte, genÄ¼gt nicht (Urteil des EVG B 75/01 vom 6. Februar 2003 E. 2.2). Es sind die vertraglich festgesetzte Pflicht zur Erbringung von Arbeit und die dafÄ¼r vorgesehene EntlÄ¼hnung sowie weitere im Rahmen des ArbeitsverhÄ¼ltnisses getroffene Vereinbarungen in der Regel als den realen

Gegebenheiten entsprechend zu werten. Nur beim Vorliegen besonderer Umstände darf die Möglichkeit einer abweichenden Lage - 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 hat erbringen können - in Betracht gezogen werden (Urteile des BGer 9C_536/2009 vom 20. Januar 2010 E. 2.2, 9C_339/2007 vom 5. März 2008 E. 5.2 und 9C_182/2007 vom 7. Dezember 2007 E. 4.1.3 mit Hinweisen).

2.3.3 Die Leistungspflicht einer Vorsorgeeinrichtung für eine erst nach Beendigung des Vorsorgeverhältnisses eingetretene oder verschlimmerte Invalidität setzt voraus, dass zwischen relevanter Arbeitsunfähigkeit und nachfolgender Invalidität ein enger sachlicher und zeitlicher Zusammenhang besteht. Der sachliche Zusammenhang ist zu bejahen, wenn der der Invalidität zugrunde liegende Gesundheitsschaden im Wesentlichen derselbe ist, der zur Arbeitsunfähigkeit geführt hat (BGE 123 V 262 E. 1c und 120 V 112 E. 2c/aa mit Hinweisen). Die Annahme eines engen zeitlichen Zusammenhangs setzt voraus, dass die versicherte Person nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit nicht während längerer Zeit wieder arbeitsfähig wurde (BGE 123 V 262 E. 1c und 120 V 112 E. 2c/aa mit Hinweisen). Der zeitliche Zusammenhang wird nicht nur durch Wiedererlangung einer (vollen oder jedenfalls mehr als 80%igen; s. oben E. 2.2) Leistungsfähigkeit unterbrochen, sondern auch dann, wenn die versicherte Person - unter Berücksichtigung der Arbeitsmarktlage und gegebenenfalls nach einer bestimmten Anpassungszeit - mit der Verwertung der verbliebenen Arbeitsfähigkeit in einer zumutbaren Verweisungstätigkeit ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen vermag (vgl. BGE 134 V 20 E. 5.3; SZS 2008 S. 575; Urteile des BGer 9C_250/2010 vom 8. Juli 2010 E. 2.1, 9C_81/2010 vom 16. Juni 2010 E. 2.2, 9C_536/2009 vom 20. Januar 2010 E. 2.3 und 9C_12/2009 vom 29. Mai 2009 E. 2.1). Keine (wiedererlangte) Arbeitsfähigkeit liegt vor, wenn die Verrichtung der bisherigen Berufsarbeit oder einer andern Tätigkeit nur unter der Gefahr möglich ist, den Gesundheitszustand zu verschlimmern (SVR 2008 BVG Nr. 34 S. 143; Urteil des BGer 9C_73/2009 vom 4. Februar 2010 E. 2.3).

2.4 Rechtsprechungsgemäss sind die Vorsorgeeinrichtungen im Bereich der gesetzlichen Mindestvorsorge (Art. 6 BVG) an die Feststellungen der IV-Organen, insbesondere auch hinsichtlich des Eintritts der invalidisierenden Arbeitsunfähigkeit (Eröffnung der Wartezeit; Art. 29 Abs. 1 lit. b des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG] in der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Fassung bzw. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung), gebunden, sofern sie - wie hier der Fall (Ziff. 20.1 VReg [Urk. 2/1]) - vom gleichen Invaliditätsbegriff wie die IV ausgehen, in das entsprechende Verfahren einbezogen wurden und soweit die IV-rechtliche Betrachtungsweise aufgrund einer gesamthaften Prüfung der Akten nicht als offensichtlich unhaltbar erscheint (BGE 130 V 270 E. 3.1 sowie 126 V 308 E. 1 und 2a je mit Hinweisen; Urteile des BGer 9C_340/2010 vom 23. November 2010 E. 4.1.3, 9C_693/2009 vom 10. September 2010 E. 5.1, 9C_81/2010 vom 16. Juni 2010 E. 3.1).

E. 3.1

3.1.1 Streitig und zu prüfen ist, ob der für die Bejahung eines klaggerischen Invalidenleistungsanspruchs aus der beruflichen Vorsorgeversicherung bei der Beklagten erforderliche enge sachliche und zeitliche Zusammenhang - im Sinne der Klägerin -

Aus obiger Aufstellung ist ersichtlich, dass für die Zeit vom 19.09.2004 bis 03.04.2005 eine volle Arbeitsfähigkeit bestanden hat. Ab 04.04.2005 besteht eine durchgehende, ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit. Die Wartezeit wird somit per 04.04.2005 eröffnet."

Zur sozialversicherungsrechtlichen Qualifizierung (Statusfrage; vgl. BGE 131 V 51 E. 5.1.2 und E. 5.2; SVR 2006 IV Nr. 42 S. 151; vgl. auch BGE 125 V 146 E. 5c/bb) wurde ausgeführt, dass die zuletzt in einem Pensum von 80 % erwerbstätig gewesene Klägerin ohne Behinderung zu 90 % erwerbstätig wäre; sie habe erklärt, dass im April 2004 aus gesundheitlichen Gr nden eine Pensumsreduktion von 90 % auf 80 % erfolgt sei, was anhand der IK-Einträge "nachvollziehbar" (sprich:  berwiegend wahrscheinlich; vgl. BGE 125 V 146 E. 2c und 117 V 194 E. 3b je mit Hinweisen; Urteil des BGer I 266/05 vom 11. April 2006 E. 4.2; vgl. auch BGE 133 V 504 E. 3.3) erscheine. Die Invaliditätsbemessung habe erstmals bezogen auf den Zeitpunkt des Ablaufs der gesetzlichen Wartezeit zu erfolgen, also per 4. April 2006; wegen der wesentlichen Änderung der Berechnungsgrundlagen (erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustands und Abnahme der Restarbeitsfähigkeit) sei per 5. Mai 2008 eine Neubemessung erforderlich. Bezogen auf das Jahr 2006 wurde ausgehend von einer von 2. August 2005 bis 4. Mai 2008 durchgehend 50%igen Restarbeitsfähigkeit ein (Teil-)Invaliditätsgrad im Erwerbsbereich von 50 % ermittelt, während bezogen auf das Jahr 2008 von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ("für jede Art von Erwerbstätigkeit") auf einen (Teil-)Invaliditätsgrad im Erwerbsbereich von 100 % geschlossen wurde.

3.2.2.   Zwar spielt mit Blick auf die finale Konzeption der IV, welche - im Unterschied zur Unfallversicherung - das Risiko der Invalidität unabhängig vom Vorliegen eines bestimmten Ereignisses - wie Krankheit oder Unfall - deckt (BGE 124 V 174 E. 3b am Ende; vgl. Urteile des EVG U 279/01 vom 30. Dezember 2002 E. 3.2 und U 433/99 vom 27. September 2000 E. 1), die Deklaration des invalidit tsurs chlichen Gesundheitsschadens als unfallbedingt/somatisch beziehungsweise psychi(atri)sch IV-rechtlich keine Rolle. Indessen ist die getroffene Abgrenzung IV-rechtlich insofern von Bedeutung, als die für die Würdigung des invalidisierenden Charakters psychischer Gesundheitsschäden geltenden Zumutbarkeitskriterien (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen) respektive die bezüglich somatoformer Schmerzstörungen und damit vergleichbarer syndromaler Beschwerdebilder entwickelte (BGE 136 V 279, 135 V 201, 132 V 65, 131 V 49, 130 V 352; SVR 2008 IV Nr. 62 S. 204), in Bezug auf Fibromyalgien (BGE 132 V 65), dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150), Chronic Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurasthenie (Urteile des BGer 9C_662/2009 vom 17. August 2010, 9C_98/2010 vom 28. April 2010 und I 70/07 vom 14. April 2008), dissoziative Bewegungsstörungen (Urteil des BGer 9C_903/2007 vom 30. April 2008), nichtorganische Hypersomnie (BGE 137 V 64) analog angewendete sowie insbesondere auch für die Beurteilung der invalidisierenden Wirkung spezifischer und unfallad quater HWS-Verletzungen (Schleudertraumen) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle (BGE 136 V 279) sinngemäss geltende Zumutbarkeitsrechtsprechung eine Ausscheidung der als überwindbar und damit irrelevant erachteten St rungen erfordert. In diesem Sinne besagen die Feststellungen der IV-Organen, dass von April 2005 bis Mai 2008 über organisch-strukturell ausgewiesene somatische Schädigungen (Unfallfolgen) hinaus keine

IV-relevante gesundheitliche Beeinträchtigung bestanden hat (namentlich kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden und auch kein psychisch überlagerter Beschwerdebild nach HWS-Distorsionstrauma) und mithin erst im Mai 2008 ein neuer und als solcher krankheitswertiger psychischer Gesundheitsschaden hinzugetreten ist. So wurde im Verlaufsprotokoll der IV-Stelle YY.____ am 29. Juli 2009 denn auch ausdrücklich festgehalten (Urk. 12/107/17):

"ACHTUNG:

Die Verschlechterung per 05.05.2008 ist auf psychi[atri]sche Faktoren[...] und somit auf eine neue Ursache zurückzuführen. [...]"

Die IV-rechtliche Wesentlichkeit des festgestellten Eintritts einer gesundheitlichen Verschlechterung in Form eines qualitativ neuartigen Leidens im Mai 2008 ist daher zu bejahen. Berufsvorsorgerechtlich indiziert die von den IV-Organen getroffene Feststellung wiederum gleichsam den Eintritt eines neuen, vom Vorzustand sachlich unabhängigen Versicherungsfalls.

3.2.3.1 Die IV-Stelle für Versicherte im Ausland beziehungsweise die IV-Stelle YY.____, haben die Beklagte - wie im Übrigen auch die Beigeladene - pflichtgemäß in das Verfahren einbezogen: Sowohl der Vorbescheid vom 30. Juli 2009 (samt Begleitschreiben; Urk. 2/23, 12/99-100 und 14/74-75) als auch die Mitteilung des Rentenbeschlusses an die zuständige Ausgleichskasse vom 23. September 2009 (Urk. 12/105 und 14/51) als auch die Rentenverfügungen vom 27. Oktober 2009 (Urk. 2/17, 12/109 und 14/41-44) sind ihr eröffnet worden. Letztere sind unangefochten in Rechtskraft erwachsen. Da zudem reglementarisch jedenfalls dann Anspruch auf Invaliditätsleistungen besteht, wenn eine versicherte Person im Sinne der IV zu mindestens 40 % invalid ist (Ziff. 20.2 VReg [Urk. 2/1]; vgl. zur Leistungsbemessung und zum Anspruch auf Invaliditätsleistungen schon bei einem Invaliditätsgrad von 25 % bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit in den Jahren 2005 und 2006: Ziff. 20.5 und 6 VReg [Urk. 2/1]), sind die wesentlichen Feststellungen und Beurteilungen für die Festsetzung der Leistung in dem das IV-Verfahren abschliessenden Entscheid für die Beklagte verbindlich, sofern diese nicht offensichtlich unhaltbar sind.

Gilt im Verfahren der beruflichen Vorsorge - wie hier der Fall - die Bindungswirkung an den IV-Entscheid, ist die Frage, ob die einschlägigen Festlegungen der IV-Stelle für Versicherte im Ausland (bzw. der den IV-Rentenentscheid vorbereitenden IV-Stelle YY.____) offensichtlich unhaltbar sind, nach der Aktenlage zu beurteilen, wie sie sich bei Verfügungserlass (27. Oktober 2009) präsentierte. Nachträglich geltend gemachte Tatsachen oder Beweismittel, welche die Verwaltung nicht von Amtes wegen hätte erheben müssen, sind nicht geeignet, die Festlegungen der IV als offensichtlich unhaltbar erscheinen zu lassen. Dies gilt jedenfalls so lange, als es sich nicht um neue Tatsachen oder Beweismittel handelt, welche zu einer anderen rechtlichen Beurteilung führen und die IV-Stelle, welcher sie unterbreitet werden, verpflichten würden, im Rahmen einer prozessualen Revision (vgl. BGE 122 V 19 E. 3a, 134 E. 2c, 169 E. 4a und 270 E. 2) auf die ursprüngliche, formell rechtskräftige Verfügung zurückzukommen (BGE 130 V 270 E. 3.1 und 126 V 308 E. 2a).

3.2.4.1 Was die aktenkundigen Entscheide der Deutschen Rentenversicherung angeht (Bescheid vom 7. Juni 2007 [Urk. 14/83] und Widerspruchsbescheid vom 18. Dezember 2007 [Urk. 14/78]), ist der Vollständigkeit halber darauf hinzuweisen, dass die Klägerin

als deutsche Staatsangehörige (und Grenzländerin; Urk. 2/4 S. 1, 12/1/1, 12/1/9-10, 12/2/1, 12/2/9-10, 14/59 S. 1, 14/60-61, 14/63 S. 1, 14/66-68 und 14/96) in den persönlichen Geltungsbereich des am 1. Juni 2002 in Kraft getretenen Abkommens vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA; SR 0.142.112.681) sowie der Verordnungen, auf welche das Abkommen verweist (insbes. Verordnung [EWG] Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 über die Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern [VO 1408/71; SR 0.831.109.268.1]), fällt (vgl. Art. 2 Abs. 1 VO 1408/71), wobei Invalidenrenten der obligatorischen beruflichen Vorsorge als Leistungen bei Invalidität (im Sinne von Art. 4 Abs. 1 lit. b VO 1408/71) unter den sachlichen Anwendungsbereich fallen und insoweit grundsätzlich dem Koordinationsrecht unterliegen. Wie in nach dem Sozialversicherungsabkommen mit Deutschland (Abkommen vom 25. Februar 1964 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Bundesrepublik Deutschland über Soziale Sicherheit [mit Schlussprotokoll; SR 0.831.109.136.1], samt Zusatzabkommen [SR 0.831.109.136.11, 0.831.109.136.121 und SR 0.831.109.136.122], und Verwaltungsvereinbarung zur Durchführung des Abkommens [SR 0.831.109.136.13]) zu beurteilenden Fällen die Gewährung (oder Verweigerung) von Leistungen durch ein deutsches Versicherungsorgan die IV-rechtliche Beurteilung nach schweizerischem Recht nicht präjudiziert (ZAK 1989 S. 320 E. 2 mit Hinweisen), bestimmt sich der Invaliditätsgrad auch nach Inkrafttreten des FZA (abgesehen von der Berücksichtigung der von den Trägern der anderen Staaten erhaltenen ärztlichen Unterlagen und Berichte gemäss Art. 40 der Verordnung [EWG] Nr. 574/72 des Rates vom 21. März 1972 über die Durchführung der VO 1408/71 [SR 0.831.109.268.11]; vgl. auch Art. 51 VO 574/72) allein nach schweizerischem Recht. Nach Art. 40 Abs. 4 VO 1408/71 ist die vom Träger eines Staates getroffene Entscheidung über die Invalidität eines Antragstellers für den Träger eines anderen betroffenen Staates nur dann verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Staaten festgelegten Tatbestandsmerkmale der Invalidität in Anhang V dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind, was für das Verhältnis zwischen Deutschland und der Schweiz (ebenso wie für das Verhältnis zwischen den übrigen EU-Mitgliedstaaten und der Schweiz) nicht der Fall ist (vgl. Anhang V lit. C VO 1408/71; BGE 130 V 256 E. 2.4; Urteil des EVG I 376/05 vom 5. August 2005 E. 3.1). Demnach hat das FZA (inkl. Verordnungen, auf welche das Abkommen verweist) auch keine Auswirkungen auf die Leistungsbeurteilung in der beruflichen Vorsorge, sondern es erfolgt diese weiterhin allein nach den Regeln des schweizerischen Rechts (vgl. Botschaft des Bundesrates vom 23. Juni 1999 zur Genehmigung der sektoriellen Abkommen zwischen der Schweiz und der EG, Separatdruck, Bern 1999, S. 216 Ziff. 273.233.3). Im übrigen wurden der Beklagten (und der Beigeladenen) die deutschen Rentenentscheide nicht zugestellt, so dass schon deshalb keinerlei Bindung an die Feststellungen der Deutschen Rentenversicherung besteht. Damit spielt auch das Ergebnis einer etwaigen neuerlichen Leistungsprüfung durch den deutschen Versicherungsträger für die vorliegende Beurteilung von vornherein keine Rolle.

E. 3.3

3.3.1 Die Rentenerhöhung per 1. Juli 2008 im Rahmen der rückwirkenden gestaffelten IV-Rentenzusprache (erstmalige, rückwirkende, abgestufte Zusprechung

unterschiedlicher Invalidenrenten; vgl. BGE 121 V 264 E. 6b/dd und 109 V 125 E. 4a) beruht auf der Veranlassung gemäss Mitteilung des Rentenbeschlusses vom 23. September 2009 (Urk. 12/105 und 14/51; Hervorhebung weggelassen):

"[...]

Invaliditätsgrad:

Ä Ä 47 % ab 04.04.2006

100 % ab 01.07.2008

[...]"

Nun widerspricht diese jedoch sowohl dem auf Zusprechung einer ganzen Rente ab 1. August 2008 lautenden Vorbescheid vom 30. Juli 2009 (Urk. 2/23 Beilage, 12/100 und 14/75 je S. 4) als auch dem der Mitteilung des Rentenbeschlusses wie den Rentenentscheiden selbst beiliegenden Begründungsbeiblatt ('Verfügungsteil 2'; Urk. 2/17 Beilagen, 12/106, 12/109/4-8, 12/109/12-16 und 14/52 je S. 4), wo ebenfalls von einer Rentenerhöhung ab 1. August 2008 die Rede ist (vgl. auch den gleichlautenden Verlaufsprotokolleintrag der IV-Stelle YY.____ vom 29. Juli 2009 [Urk. 12/107/17]). Aufgrund der - zutreffenden - generell-abstrakten Erwägung, dass bei einer Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, im Aufgabenbereich tätig zu sein, die Veränderung berücksichtigt wird, wenn die Verschlechterung ohne wesentlichen Unterbruch drei Monate gedauert hat (Art. 88a Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV]), und der individuell-konkreten Darlegungen, dass eine wesentliche Änderung per 5. Mai 2008 eingetreten sei (je S. 2 und 3 von Vorbescheid und 'Verfügungsteil 2'), erweist sich die auf Zusprechung einer ganzen Rente mit Wirkung bereits ab 1. Juli 2008 lautende Veranlassung gemäss Mitteilung des Rentenbeschlusses und folglich auch die gleichlautende Rentenverfügung in dieser Hinsicht als offensichtlich unrichtig.

Offensichtlich fehlerhaft ist die IV-Rentenzusprache auch insofern, als im Vorbescheid wie auch im 'Verfügungsteil 2' jeweils mit Wirkung ab Mai 2008 (Eintritt der Verschlechterung) ein (Gesamt-)Invaliditätsgrad von 92 % ermittelt worden (je S. 4; dies nach der gemischten Methode der Invaliditätsbemessung: 100%ige Einschränkung im mit 90 % gewichteten Erwerbsteil und 20%ige Einschränkung im mit 10 % gewichteten Haushaltsteil; Art. 28 Abs. 3 ter IVG in der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Fassung bzw. Art. 28a Abs. 3 IVG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung je in Verbindung mit Art. 16 und 7 Abs. 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]; vgl. BGE 130 V 393 E. 3.3 mit Hinweisen und BGE 134 V 9), der eine ganze Rente auslösende (Gesamt-)Invaliditätsgrad dann aber jeweils mit 100 % beziffert worden ist (und zwar sowohl in Vorbescheid und 'Verfügungsteil 2' als auch in Beschlussmitteilung und diesbezüglicher Rentenverfügung).

Eine offensichtlich unrichtige Sachverhaltsfeststellung und unzutreffende rechtliche Beurteilung durch die IV-Organen ist darüber hinaus im Lichte der sich bei Verfügungserlass (27. Oktober 2009) präsentierenden Aktenlage aber auch noch in anderer Hinsicht auszumachen (nachfolgend E. 3.3.2 und 3.3.3).

3.3.2 Ä Ä RAD-Arzt Dr. med. D.____ erachtete gemäss seiner Stellungnahme vom 8. Dezember 2008 (Urk. 12/107/15) gestützt auf die Berichterstattungen von Dr. med. E.____, Arzt für Psychiatrie und Neurologie, Ärztlicher Direktor der Akutklinik

D-DD.____ (Bericht vom 11. August 2008 [Urk. 12/82/4-5]), und Dr. med. F.____, Ärztin für psychotherapeutische Medizin, D-'____' (Berichte vom 19. November 2008 [Urk. 12/88] und 16. Januar 2009 [Urk. 12/101/9-10] sowie Bescheinigung vom 7. Mai 2009 [Urk. 12/101/3]), sowie die Gutachtenergebnisse von Dr. med. G.____, Arzt für Psychiatrie und Neurologie, D-'____' (Gutachten vom 2. Mai 2007 [Urk. 8/6 und 12/79/4-10]), und Dr. med. H.____, Facharzt für Orthopädie, D-'____' (Gutachten vom 8. Mai 2007 [Urk. 12/79/11-23]), die Klägerin in einer Tätigkeit als Krankenschwester mit Nachtdienstverpflichtung und Intensivdienst für "nicht mehr einsetzbar", das heisst zu 100 % arbeitsunfähig; hingegen postulierte er in einer adaptierten Tätigkeit als Krankenschwester ohne Nachtdienst und ohne Intensivdienst seit Mai 2008 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Auf entsprechende Rückfrage vom 12. Dezember 2008 (Urk. 12/107/15-16) verwies RAD-Arzt Dr. D.____ mit Stellungnahme vom 15. Dezember 2008 (Urk. 12/107/16) betreffend "Beginn und Verlauf der AF/AUF in der angestammten Tätigkeit als Pflegefachfrau?" sowie "Beginn und Verlauf der AF/AUF in einer adaptierten Tätigkeit?" auf die RAD-Ärztliche(n) Stellungnahme(n) von 2006 (vgl. Urk. 12/65/9 = 12/107/10 f. und 12/65/10 = 12/107/11); zur Frage: "Wäre die Tätigkeit als Pflegefachfrau ohne Nacht- und Intensivdienst bereits seit früher als Mai 2008 wieder voll zumutbar gewesen?", verwies er auf die vorerwähnte Stellungnahme vom 8. Dezember 2008 (Urk. 12/107/15), während er die Frage: "Hätte Ihres Erachtens überhaupt eine Einschränkung der AF bestanden, wenn sie [die Klägerin] einen Pflegedienst ohne Nacht- und Intensivdienst gemacht hätte?", mit "ja" beantwortete. In der angeführten Stellungnahme vom 21. August 2006 (Urk. 12/65/9 = 12/107/10 f.) hatte Dr. D.____ das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens in Form von ausgewiesenen Beschwerden im Schulter-Nacken-Bereich bei ausgeprägten Verschleisserscheinungen der HWS bejaht. In Würdigung der bis dahin vorgelegenen medizinischen Akten, namentlich in - ausdrücklicher oder sinngemässer - Erwähnung der Verlautbarungen von Dr. med. I.____, Facharzt für Orthopädie, D-'____' (Gutachten vom 16. März 2006 [Urk. 12/40/2-4] und Bericht vom 21. März 2006 [Urk. 2/10 und 12/39]), von Dr. med. J.____, Facharzt für Wirbelsäulenchirurgie, '____' (Gutachten vom 9. Januar 2006 [Urk. 8/1 und 12/36/2-6]), von Dr. med. K.____, Facharzt für Orthopädie, D-'____' (Berichte vom 25. Oktober 2004 [Urk. 12/31/14 und 12/34/9] und 5. Februar 2006 [Urk. 2/9 und 12/36/7-8]; vgl. auch Unfallschein vom 22. September 2004 [Urk. 12/31/27] und Zeugnis vom 28. September 2004 [Urk. 12/31/33]), von Dr. med. L.____, Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, D-'____' (Bericht vom 12. September 2005 [Urk. 2/6 und 12/26]; vgl. auch Stellungnahme vom 26. Juli 2005 [Urk. 12/31/15]), von Dr. med. M.____, Spezialarzt für Innere Medizin, '____' (Gutachten vom 17. März 2005 [Urk. 12/31/17-19]), von Dr. med. N.____, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, D-'____' (Bericht vom 2. September 2004 [Urk. 12/31/30-31 und 12/34/10-11]), sowie von Dr. med. O.____, Arzt für Lungen- und Bronchialkrankheiten/Allergologie, D-'____' (Berichte vom 5. April 1999 [Urk. 12/31/25-26 und 12/34/12-15], 5. November 2004 [Urk. 12/31/13], 25. Januar 2005 [Urk. 12/31/24 und 12/34/7-8], 2. März 2005 [Urk. 12/31/20-23] und 9. Dezember 2005 [Urk. 2/8 und 12/34/5-6]; vgl. im Übrigen auch: Bericht von Dr. med. P.____, Hausärztlicher Internist/Gelbfieberimpfarzt, D-'____', vom 1. September 2005 [Urk. 2/5, 8/2, 12/21 und 12/29] und Stellungnahme von Dr. med. Q.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, Beratender Traumatologe der R.____ Versicherungen, vom 24. November 2004 [Urk. 12/31/28-29]), war Dr. D.____ seinerzeit zum Schluss gekommen, die Arbeitsfähigkeit sei durch eine Belastungseinschränkung der HWS reduziert, indem

schweres Heben und Tragen, Äußerkopfarbeiten sowie Arbeiten in Zwangshaltung der Klärgerin nicht mehr zugemutet werden könnten, so dass die Arbeit in der Pflege für sie auf Dauer sicherlich nicht geeignet sei; eine diesbezügliche Arbeitsunfähigkeit von 50 % sei nachvollziehbar. Demgegenüber sei hinsichtlich einer adaptierten Tätigkeit unter Berücksichtigung der genannten Einschränkungen eine 100%ige Arbeitsfähigkeit möglich, wobei psychosoziale Faktoren nicht berücksichtigt werden könnten und eine Entlastung der Klärgerin von privater Verantwortung eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit bewirken könnte. Bei seiner Einschätzung hatte Dr. D. eine relevante psychische Erkrankung als nicht ausgewiesen erachtet und eine erhebliche Einschränkung durch die Lungenproblematik (mit Überempfindlichkeit der Atemwege) verneint (Beeinträchtigung nur in akuten Entzündungsphasen und im Ausmaß von weniger als 20 %). In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 25. September 2006 (Urk. 12/65/10 = 12/107/11) hatte RAD-Arzt Dr. D. sodann festgehalten, dass seit 15. April 2005 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit hinsichtlich einer adaptierten (Verweisungs-)Tätigkeit gegeben sei. In seiner weiteren Stellungnahme vom 9. März 2007 (Urk. 12/65/12 = 12/107/13) hatte Dr. D. ausserdem klargestellt, dass weder die inzwischen eingegangenen zusätzlichen medizinischen Unterlagen (so: Bericht von Dr. I. vom 11. Dezember 2006 [Urk. 2/14, 12/51/2 und 12/58/2], Bericht von Dr. med. S., Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, D-', vom 15. Juni 2006 [Urk. 12/51/4-5] und Befundbericht von Dr. med. T., Arzt für Radiologie, D-', vom 5. Dezember 2006 [Urk. 2/13, 12/51/3 und 12/60/20]) noch die jüngsten Arbeitgeberunterlagen (namentlich: Zwischenzeugnis vom 30. November 2006 [Urk. 12/53/3-4] und Vereinbarung vom 5./12. Dezember 2006 [Urk. 8/4, 12/52, 12/55/2 und 12/60/17]) zu einer abweichenden Arbeits(un)fähigkeitseinschätzung führen würden. Und in der nur kurz darauf abgegebenen Einschätzung vom 10. April 2007 (Urk. 12/65/12 = 12/107/13) hatte Dr. D. - mitunter gestützt auf die nochmalige Würdigung der medizinischen Berichterstattung zur Auffahrkollision mit HWS-Verletzung vom 28. November 2006 sowie nach Kenntnisnahme des Treppensturzes vom 15. März 2007 - eine MEDAS-Begutachtung nach vorgängiger Aktenergänzung (vgl. dazu an nachträglich eingegangenen Unterlagen: Befundbericht der Gemeinschaftspraxis für Radiologie und Nuklearmedizin [Dres. med. U., Facharzt für Radiologie und Nuklearmedizin, und V., Facharzt für radiologische Diagnostik], D-', vom 4. Dezember 2006 [Urk. 2/12 und 12/60/21], Zeugnisse und Berichte von Dr. I. vom 3. Januar bzw. 23. April 2007 [Urk. 12/60/28-29 und 12/62], Arzzeugnis von Prof. Dr. med. W. sowie der Dres. med. AA. und BB., Klinikum D-CC., vom 22. Februar 2007 [Urk. 12/60/22-24], samt Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma [Urk. 2/11 und 12/60/25-26] und Radiologiebericht von Prof. Dr. med. EE. und Dr. med. FF. vom 28. November 2006 [Urk. 12/60/27], sowie Befundbericht von Dr. T. vom 23. März 2007 [Urk. 12/60/31]; vgl. auch Bericht von Dr. S. vom 15. August 2007 [Urk. 2/15]) für notwendig erachtet (vgl. MEDAS-Gutachtensanordnung vom 19. Juni 2007 [samt Fragenkatalog; Urk. 12/63-64]), auf welche in der Folge indessen auf "Einspruch" der Klärgerin vom 29. Juni 2007 (samt "Untersuchungsübersicht"; Urk. 12/66/1-3) und im Hinblick auf die medizinischen Abklärungen durch die Deutsche Rentenversicherung verzichtet wurde (vgl. Sistierung der MEDAS-Begutachtung vom 6. Juli 2007 [Urk. 12/69] sowie Stellungnahmen von RAD-Arzt Dr. D. vom 5. und 24. Juli 2007 [Urk. 12/107/14]).

Die RAD-Ärztlichen Stellungnahmen lauteten demnach im Ergebnis - von den Zeiträumen unmittelbar nach den jeweiligen Unfallereignissen von 2004, 2006 und 2007 und dem Zusammenbruch 2008 abgesehen - auf eine stark reduzierte Arbeitsfähigkeit in dem von der Klägerin ausgeübten Beruf als Krankenschwester (namentlich bezüglich Tätigkeiten im Nachtdienst und in der Intensivpflege), bei gleichzeitig jedoch grundsätzlich vollem Arbeits- und Leistungsvermögen hinsichtlich leidensadaptierter Tätigkeiten, sei dies im oder ausserhalb des Pflegebereichs. Dies wurde vom zuständigen IV-Sachbearbeiter (GG.____) bei der Invaliditätsbemessung ausser Acht gelassen, indem die funktionelle Leistungseinbusse in der angestammten Tätigkeit mit oder ohne Nacht- und Intensivpflegedienst gleichgesetzt und unbesehen des RAD-Ärztlich postulierten medizinisch-theoretischen (Rest-)Arbeits- und Leistungsvermögens - im Sinne eines Prozent- bzw. bezifferten Schätzungsvergleichs (BGE 128 V 29 E. 1, 114 V 310 E. 3a und 104 V 135 E. 2; Urteil des BGer 8C_131/2011 vom 5. Juli 2011 E. 10.2.1 mit Hinweis) - auf eine 50%ige beziehungsweise 100%ige Erwerbseinbusse - und damit auf einen (Teil-)Invaliditätsgrad in gleicher Höhe - geschlossen wurde, ohne die Zumutbarkeit der rentenausschliessenden Einkommenserzielung ausserhalb des Pflegebereichs - nämlich auf dem als ausgeglichen unterstellten schweizerischen Arbeitsmarkt, welcher einerseits ein bestimmtes Gleichgewicht zwischen dem Angebot von und der Nachfrage nach Stellen umschliesst und andererseits er einen Arbeitsmarkt bezeichnet, der von seiner Struktur her einen Fächer verschiedenartiger Stellen offen hält, und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen als auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes (BGE 110 V 273 E. 4b; ZAK 1991 S. 321 E. 3b und 1985 S. 462 E. 4b; vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.2) - auch nur ansatzweise in Betracht zu ziehen. Dass einer versicherten Person aufgrund ihrer beeinträchtigten körperlichen und psychischen Ressourcen eine Weiterbeschäftigung respektive ein Wiedereinstieg im angestammten Gesundheitsberuf - wenn überhaupt - nur unter beträchtlichen, lohnrelevanten Restriktionen (zeitlich und profil- bzw. belastungsmässig) zumutbar ist, heisst noch nicht, dass sich auf dem gesamten in Betracht fallenden Arbeitsmarkt im Rahmen der bestmöglichen Verwertung des Restleistungsvermögens kein respektive kein höheres (hypothetisches) (Invaliden-)Einkommen erzielen lässt. Mithin haben es die IV-Organen an der Durchführung eines regelrechten, auf den RAD-Ärztlichen Vorgaben (100%ige Restarbeitsfähigkeit hinsichtlich einer leidensangepassten Verweissungstätigkeit) basierenden Einkommensvergleichs fehlen lassen, womit der IV-Rentenentscheid auch in dieser Hinsicht offensichtlich mangelhaft ist.

3.3.3. Dr. E.____ diagnostizierte in seinem - zuhanden der HH.____ Versicherungen AG als zuständigem Krankentaggeldversicherer erstatteten - Bericht vom 11. August 2008 (Urk. 12/82/4-5) über die von 20. Juni bis 8. August 2008 stattgefunden stationäre Behandlung der Klägerin (mit klinischer Verlaufsbeobachtung nach Anamneseaufnahme, eingehender psychiatrischer Untersuchung, Ganzkörperstatus sowie psychologischen Testungen) Erkrankungen im Sinne von ICD-10 F32.2 (schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome), ICD-10 F41.0 (Panikstörung [episodische paroxysmale Angst]) sowie ICD-10 F45.4 (anhaltende somatoforme Schmerzstörung). Alsdann attestierte er eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (seit 14. Mai 2008) und bezeichnete die Klägerin gleichzeitig als im angestammten Beruf arbeitsfähig ("Im angestammten Beruf arbeitsfähig? Ja"), wobei er wiederum angab, die Klägerin sei durch die schweren psychischen Störungen/Belastungen in der Ausübung der bisherigen Tätigkeit

behindert. Die Prognose bezeichnete Dr. E.____ unter der Voraussetzung einer kontinuierlichen, langfristigen ambulanten Therapie (mit intermittierender reflektiver Überarbeitung von Symptomatik und Diagnose[n]) als gut; dies bei allerdings unklarem Zeitpunkt einer allfälligen Arbeitswiederaufnahme. Zum zumutbaren Arbeits- und Leistungsvermögen in Bezug auf die Verrichtung einer behinderungsangepassten Alternativtätigkeit äußerte sich Dr. E.____ nicht, und zwar weder in zeitlicher, gradueller noch profilmässiger Hinsicht.

Dr. F.____, welche die Klägerin nach dem Klinikaustritt ab dem 23. September 2008 (weiter-)behandelte, übernahm in der Folge im - an die IV-Stelle YY.____ gerichteten - Bericht vom 19. November 2008 (Urk. 12/88) die in der Akutklinik D-DD.____ gestellten Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit), wobei sie den Zeitpunkt des Eintritts der diagnostizierten schweren Depression auf Mai 2008 datierte. Daneben erwähnte sie ein arbeitsfähigkeitsrelevantes, seit 2006 bestehendes HWS-Syndrom (ICD-10 M54.2) und erwähnte ausserdem als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Asthma bronchiale, Allergien (Chrom/Nickel, Hausstaub) sowie einen Zustand nach Neuronitis vestibularis (mit persistierendem Schwindel) auf. Dr. F.____s Arbeitsunfähigkeitsattest hinsichtlich der zuletzt ausgeübten Tätigkeit (Krankenschwester/Reanimationsinstruktorin) lautete auf 100 % von Mai 2008 bis auf weiteres. Zur Anamnese hielt Dr. F.____ fest, dass erste Panikattacken im Nachtdienst 2004 aufgetreten, jedoch unbehandelt geblieben seien. Im Mai 2008 sei die Klägerin dann bei der Arbeit von Panikattacken (Todesangst, Erschöpfung, Konzentrationsschwierigkeiten und Schlafstörungen) befallen zusammengebrochen; dem Zusammenbruch vorausgegangen seien eine schwere Erkrankung des Ehemannes (um dessen Leben die Klägerin bei voller Berufstätigkeit gekämpft habe) sowie Konflikte am Arbeitsplatz (mit einer inkompetenten und "faulen" Kollegin, deren Arbeit die Klägerin habe mitmachen müssen). Als beeinflussende soziale Faktoren nannte die behandelnde Ärztin die bereits erwähnte Erkrankung des Ehemannes (progrediente Ataxie, Non-Hodgkin-Lymphom) sowie die Verhältnisse am Arbeitsplatz (hoher Leistungsdruck und Verständnislosigkeit der Vorgesetzten), wobei sich die Klägerin selbst unter einen zu hohen, "depressivogen" wirkenden Leistungsdruck gesetzt habe. Zur Erwerbsbiographie hielt Dr. F.____ fest, die Klägerin sei nach der Probezeit an der Arbeitsstelle in der Klinik C.____ erkrankt, während der sie sich durch ihren Perfektionismus überfordert habe; die Klägerin habe zwar eine ausgezeichnete Beurteilung bekommen, doch sei sie kurz darauf an einer akuten Depression erkrankt. Des Weiteren merkte Dr. F.____ an, dass die Klägerin nach Abklingen der als heilbar bezeichneten Depression (gute Prognose bei fundierter Einzeltherapie) wieder arbeitsfähig sein werde, allerdings wohl nicht mehr im Nachtdienst auf einer Intensivstation eingesetzt werden könne; demgemäss empfahl sie eine berufliche Umstellung, wobei sie die Ausübung einer behinderungsangepassten Vollzeitstätigkeit nach Abklingen der Symptome als zumutbar bezeichnete. Im Übrigen erklärte Dr. F.____, keine an sie gerichteten medizinischen (Vor-)Berichte zu besitzen. Im - zuhanden der HH.____ Versicherungen AG erstatteten - Bericht vom 16. Januar 2009 (Urk. 12/101/9-10) diagnostizierte Dr. F.____ eine mittelschwere depressive Episode, welche sie aber weiterhin mit ICD-10 F32.2 codierte (schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome); des Weiteren erwähnte sie eine Panikstörung mit psychosomatischen Beschwerden (ICD-10 F41.0), eine Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) sowie ein Schleudertrauma (ICD-10 S13.4) auf. Bezüglich des diagnostizierten Schleudertraumas wies sie darauf hin, dass dieses orthopädisch behandelt werde, so dass die Frage nach der

diesbezüglichen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit vom zuständigen Facharzt zu beurteilen sei. Zum psychischen Zustandsbild gab Dr. F. ___ an, dass die Symptomatik (Gefühl wie unter einer Glasglocke; Befürchtung, verrückt zu werden, an einem Hirntumor zu erkranken oder einen Herzinfarkt zu erleiden; Angst, beim Autofahren in einen Unfall verwickelt zu werden; Schlafstörungen; Existenzängste; Erschöpfung; Müdigkeit; Gefühl von Wertlosigkeit; depressive Grundstimmung) insgesamt schwächer geworden seien, das heisst eine deutliche Besserung eingetreten sei. Prognostisch hielt Dr. F. ___ unter Verweis auf den positiven Therapieverlauf an der schon früher postulierten Verbesserungsfähigkeit fest: Nach erfolgreicher Therapie und Abklingen der depressiven Phase werde die Klägerin wieder voll arbeitsfähig sein, sollte allerdings nicht mehr im Nachtdienst eingesetzt werden (um auslösende Situationen zu vermeiden). Im Anbringen anbot Dr. F. ___, "detailliertere Angaben" über den Therapieverlauf "gerne gegenüber einem ärztlichen Fachgutachter machen" zu wollen. In ihrer - wiederum an die HH. ___ Versicherungen AG gerichteten - Bescheinigung vom 7. Mai 2009 (Urk. 12/101/3) gab Dr. F. ___ ergänzend an, dass die Klägerin bei Diagnose im Sinne von ICD-10 F32.2 (schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome) noch bis voraussichtlich Mitte Juni 2009 arbeitsunfähig bleiben werde.

Dr. G. ___ hatte zuvor in seinem - auf einer Untersuchung vom 30. April 2007 beruhenden und zuhanden der Deutschen Rentenversicherung erstatteten - Gutachten vom 2. Mai 2007 (Urk. 8/6 und 12/79/4-10) eine rezidivierende depressive Störung (derzeit mittelgradige Episode; ICD-10 F33.1) sowie daneben eine Zervikobrachialgie rechts (ICD-10 M53.1) diagnostiziert. Zum psychischen Befund hatte Dr. G. ___ ausgeführt, die - laut eigenanamnestischen Angaben seit 1. April 2007 "vollschichtig" in den Kliniken B. ___ arbeitende - Klägerin wisse nicht, wie lange sie die aus finanziellen Gründen ausgeübte Ganztagsarbeit schmerzbedingt noch durchhalten könne; ihre Stimmung sei subdepressiv gefärbt, sie leide unter schmerzbedingten Durchschlafstörungen, komme verstrickt ins Grübeln (mit z.T. Katastrophengedanken), sei ständig traurig und könne sich nicht mehr so freuen wie früher (25 Pkte. gemäss Beck-Depressions-Inventar, entsprechend einer mittelschweren depressiven Episode). In seiner zusammenfassenden Beurteilung war von Dr. G. ___ dargelegt worden, während sich auf neurologischem Gebiet keine Ausfälle fänden, finde sich auf psychiatrischem Gebiet eine mittelschwere depressive Episode. Da 2004/05 schon einmal eine (mit Zoloft® und ambulanter Psychotherapie behandelte) depressive Episode aufgetreten sei, müsse von einer rezidivierenden depressiven Störung ausgegangen werden; als Ursachen kämen das Schmerzsyndrom (im Rahmen der Zervikobrachialgie) sowie die Belastung durch die Erkrankung des Ehemannes (welcher an einer cerebellohereditären Ataxie leide) in Frage. Bezüglich der seines Erachtens grundsätzlich in Betracht fallenden Rehabilitationsmassnahmen hatte Dr. G. ___ ausgeführt, die Klägerin wolle ihren Mann nicht allein lassen und befürchte ausserdem, ihre neu angetretene Stelle (bei den Kliniken B. ___) zu verlieren. Dr. G. ___s Zumutbarkeitsbeurteilung hatte wie folgt gelautet:

"Das Leistungsvermögen der Patientin in ihrem erlernten Beruf als Krankenschwester und auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ist seitens meines Fachgebiets auf vier bis unter sechs Stunden eingeschränkt.

Eine Besserung ist, wie schon bei der früheren depressiven Episode, wahrscheinlich, so dass eine Nachuntersuchung in etwa eineinhalb Jahren stattfinden sollte."

Zum - unter Vorbehalt der noch ausstehenden orthopädischen Beurteilung - attestierten zeitlichen Restarbeits- und Leistungsvermögen war von Dr. G. ___ präzisiert worden, dass nurmehr körperlich leichte Tätigkeiten mit reduzierten Anforderungen bezüglich geistig-psychischer Belastung (Konzentrations-/Reaktions-, Umstellungs-, Anpassungsvermögen; Verantwortung für Personen und Maschinen; Publikumsverkehr; Aufsicht; Steuerung komplexer Arbeitsvorgänge) sowie hinsichtlich Bewegungs-/Haltungsapparat (Gebrauchsfähigkeit der Hände; hohes Bücken; Ersteigen von Treppen, Leitern und Gerüsten; Heben, Tragen und Bewegen von Lasten; Gang- und Standsicherheit; Zwangshaltungen) ausgeführt werden könnten.

Anhand der genannten medizinischen Akten erweist sich der von den IV-Organen - unter Verzicht auf die zunächst in Aussicht genommene MEDAS-Abklärung - gezogene Schluss auf eine bis zum Verfallzeitpunkt (27. Oktober 2009) anhaltende 100%ige Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit aus psychischen Gründen als nicht nachvollziehbar und folglich die unbefristete IV-Rentenerhöhung ab 1. Juli 2008 (richtig gewesen wäre: 1. August 2008) als offensichtlich unhaltbar. Die rudimentäre und in sich teilweise widersprüchliche Einschätzung von Dr. E. ___ vom August 2008 beruhte massgeblich auf der diagnostizierten schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2). Das Gleiche gilt auch für das Attest von Dr. F. ___, welche im September 2008 bei gleicher Diagnose eine Verbesserungsfähigkeit prognostizierte und nachfolgend im Januar 2009 über eine wesentliche Besserung der Symptomatik berichtete und die Depressivität als nurmehr mittelschwer qualifizierte (wenngleich sie die Episode weiterhin als schwer codierte). Die ihrerseits schliesslich im Mai 2009 nur noch für kurze Zeit (bis Mitte Juni 2009) attestierte Arbeitsunfähigkeit (bei gleichbleibender Codierung) spricht für ein kontinuierliches Abklingen der Symptome und deutet im Ergebnis auf die Wiederlangung einer erheblichen Restarbeitsfähigkeit hin, wie sie von Dr. G. ___ im Kontext der ihm - im Gegensatz zu Dr. F. ___ - zur Verfallung gestandenen Vorakten schon bei früherer Gelegenheit postuliert worden war. Da bei der Abschätzung des Beweiswertes von Berichten therapeutisch tätiger (Fach-)Ärzte im Rahmen einer freien und umfassenden Beweiswürdigung - nebst potentiellen Stärken - der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen war, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagen dürften (BGE 125 V 531 E. 3b), und es vorliegend hinsichtlich des psychischen Gesundheitszustands und der daraus resultierenden Arbeits(un)fähigkeit der Klägerin ab Mai 2008 sowohl an einer auf eigenen Untersuchungen beruhenden verwaltungsinternen (RAD-ärztlichen) als auch an einer (aktuellen und stichhaltigen) verwaltungsexternen fachmedizinischen Einschätzung fehlte, entbehrte die von den IV-Organen getroffene Annahme einer über Oktober 2009 hinaus anhaltenden 100%igen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit einer tragfähigen medizinischen Grundlage. Weil auch die weiteren medizinischen Unterlagen (vgl. oben E. 3.3.2) kein taugliches Fundament zur Rechtfertigung einer zum Verfallzeitpunkt fortwährenden psychisch bedingten vollständigen Arbeitsunfähigkeit hinsichtlich jedweder Erwerbstätigkeit bilden, erweist sich IV-Rentenentscheid auch in dieser Hinsicht als offensichtlich unrichtig. Dies, zumal Dr. H. ___ in seinem - auf einer Untersuchung vom 3. Mai 2007 beruhenden und zuhanden der Deutschen Rentenversicherung erstatteten - Gutachten vom 8. Mai 2007 (Urk. 12/79/11-23) folgende Diagnosen gestellt hatte:

"1. Chronisch rezidivierendes zervikales Wirbelsäulensyndrom bei Spinalkanalstenose und Osteochondrose C3 bis C6 (M53.1).

2. AC-Gelenksarthrose rechts, Rotatorenmanschettensyndrom rechte Schulter (M75.1).

3. Gonarthrose links, Innenmeniskopathie links. V.a. Ruptur einer vorderen Kreuzbandplastik nach vorderem Kreuzbandersatz 1996.

4. Tendopathie rechtes Handgelenk.",

und aufgrund der erhobenen Gesundheitsstörungen Arbeiten unter Einfluss von Kälte, Nässe und Zugluft sowie Arbeiten, welche mit Heben und Tragen schwerer Lasten (über 10 kg) einhergehen, als nicht mehr zumutbar erklärt (was bei der Tätigkeit als Krankenschwester Berücksichtigung finden müsste), eine überwiegend stehend und wechselweise sitzend auszuführende (Tagdienst-)Tätigkeit (wie zuletzt in der Tagesklinik des Kantonsspitals Y.____) hingegen als prinzipiell zumutbar erachtet hatte, was auf ein beträchtliches und als solches ohne Weiteres verwertbares körperliches Restleistungsvermögen schliessen lässt. Über eine Verschlechterung der körperlichen Verfassung bis zum Verfügungszeitpunkt (27. Oktober 2009) ist den beim IV-Rentenentscheid vorgelegenen medizinischen Akten nichts zu entnehmen. Die Klägerin selbst führt den im Mai 2008 eingetretenen und seither angeblich anhaltenden vollständigen Verlust der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit denn auch hauptsächlich auf psychische Faktoren zurück.

3.3.4 Nach dem Gesagten erweist sich der IV-Rentenentscheid in mehrfacher Hinsicht als offensichtlich unrichtig. Demnach unterliegt die Beurteilung des Vorliegens eines engen sachlichen und zeitlichen Ursachenzusammenhangs zwischen den arbeitsfähigkeitsrelevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen vor und nach dem Eintritt der Klägerin in die Berufsvorsorgeversicherung bei der Beklagten, das heisst namentlich die Frage, ob ein psychisches Leiden schon vor dem Versicherungseintritt massgeblich in Erscheinung getreten ist, der freien richterlichen Kognition.

E. 3.4

3.4.1 Die bei der Klägerin seit längerer Zeit vorgelegenen erheblichen körperlichen Schädigungen hatte Dr. H.____ in seiner Beurteilung und epikritischen Zusammenfassung vom 8. Mai 2007 (Urk. 12/79/11-23) aus orthopädischer Sicht zuletzt dahingehend umschrieben, dass im Vordergrund Muskel- und Sehnenreizerscheinungen der Halswirbelsäule ständen, welche ihre Ursache in degenerativen Veränderungen der HWS mit im MRT nachgewiesenem Knochenmarksdefekt C5/6 sowie Bandscheibenprotrusion C5/6 und C4/5 bei Osteochondrose C4-7 bei gleichzeitig engem Spinalkanal hätten. Hieraus würden sich die persistierenden Myotendinopathien sowie eine pseudoradikuläre Radikulopathie von wechselnder Intensität und Lokalisation erklären. Bei der klinischen Untersuchung sei vor allem die Seitneigung und Rotation der HWS eingeschränkt gewesen, ohne dass aber periphere sensomotorische Ausfallerscheinungen bestanden hätten. Im Bereich der rechten Schulter beständen nach mehrfacher "Verzerrung" des Armes im Schulterhauptgelenk eine radiologisch sichtbare Schultergelenksarthrose sowie Zeichen einer Myotendinopathie im Bereich der Rotatorenmanschette (Supra- und Infraspinatussehne, Bizepssehne). Hierdurch sei die Funktion des rechten Armes schmerzhaft eingeschränkt. Im Bereich der unteren Gliedmassen liege eine muskulär kompensierte Bandinstabilität des linken

Kniegelenkes bei Verdacht auf eine Ruptur einer vorderen Kreuzbandplastik vor, wobei eine Arthrosis deformans Grad I (nach Kellgreen) festzustellen sei.

Dr. N.____ hatte zuvor anlässlich der Untersuchung vom 30. August 2004 erhebliche Degenerationen in HWS-Segmenten (C3/4, C4/5 und C6/7) und darüber hinaus Verschleisserscheinungen im BWS-Bereich (D2/3 und D3/4) festgestellt (Bericht vom 2. September 2004 [Urk. 12/31/30-31 und 12/34/10-11]). Dr. K.____ hatte am 25. Oktober 2004 über ein akutes Zervikalsyndrom und eine Omalgie rechts bei verschiedenen radiologisch nachweisbaren Verschleisserscheinungen im HWS- und BWS-Bereich berichtet (Urk. 12/31/14 und 12/34/9) und am 5. Februar 2006 darüber hinaus eine Fusspathologie links (deutliche Spreizfusskomponente, Grosszehengrundgelenksarthrose bei Hallux valgus, vermehrtes Abweichen des Metatarsale V) sowie geringgradig ausgeprägte LWS-Veränderungen erwähnt (Urk. 2/9 und 12/36/7-8). Die degenerativen HWS- und BWS-Veränderungen waren von Dr. Q.____ in seiner Stellungnahme vom 24. November 2004 (Urk. 12/31/28-29) bestätigt worden. Dr. P.____ hatte am 1. September 2005 über eine Druck- und Bewegungsschmerzhaftigkeit der paravertebralen Muskulatur im Hals-Schulter-Bereich sowie eine rechtsseitige Beweglichkeitseinschränkung der HWS mit plötzlich auftretenden, einschliessenden Schmerzen im rechten Schultergelenk berichtet (Urk. 2/5, 8/2, 12/21 und 12/29). Die von Dr. J.____ im Gutachten vom 9. Januar 2006 (Urk. 8/1 und 12/36/2-6) gestellte Diagnose hatte auf eine Zervikobrachialgie rechts bei Osteochondrose C5/6 (C3/4, C4/5) gelautet. Dr. I.____ hatte im Gutachten vom 16. März 2006 (Urk. 12/40/2-4) und Bericht vom 21. März 2006 (Urk. 2/10 und 12/39) ein Rotatorenmanschettsyndrom an der rechten Schulter, eine Zervikobrachialgie bei muskulärer Dysbalance der HWS und Osteochondrose C5/6 sowie einen Verdacht auf eine "stattgehabte" Armplexusschädigung (Läsion) diagnostiziert; die am 11. Dezember 2006 gestellte Diagnose hatte auf eine schwere Distorsion der HWS mit muskulärer Dysbalance gelautet (Urk. 2/14, 12/51/2 und 12/58/2), wobei klinisch ein paravertebraler muskulärer Hartspann der HWS mit Rechtsrotationseinschränkung, Schmerzhaftigkeit über HWK 6 und 7 und Inklinationsschmerz sowie radiologisch (CT) verschiedene ältere degenerative HWS-Veränderungen (C5/6) erwähnt worden waren (vgl. auch die späteren Angaben von Dr. I.____ gemäss Bericht vom 23. April 2007 [Eingangsdatum; Urk. 12/62] sowie Zeugnissen vom 3. Januar 2007 [Urk. 12/60/28-29]). Von Dr. S.____ war gemäss Bericht vom 15. Juni 2006 (Urk. 12/51/4-5) ein Verdacht auf einen phobischen Schwankschwindel (ICD-10 F41.2) bei gesicherter Wurzelreizung im HWS-Bereich links (C5; ICD-10 M54.2) und gesichertem zervikalem Bandscheibenschaden mit Radikulopathie links (C5; ICD-10 M50.1) erhoben worden; im Bericht vom 15. August 2007 (Urk. 2/15) war die Verdachtsdiagnose dann allerdings relativiert und waren die als gesichert bezeichneten Krankheitszuordnungen in den Vordergrund gestellt worden. Die am 28. November 2006 im Institut für Röntgendiagnostik und Nuklearmedizin des Klinikums D-CC.____ durchgeführten bildgebenden Abklärungen (HWS in 2 Ebenen, Dens-Zielaufnahme und BWS in 2 Ebenen) hatten degenerative Veränderungen im Bereich der HWS und oberen BWS (ohne sicheren Frakturausschluss) hervorgebracht (Bericht von Prof. Dr. EE.____ und Dr. FF.____ vom 28. November 2006 [Urk. 12/60/27]). Eine am 1. Dezember 2006 erfolgte CT-Abklärung der HWS (C3-6) hatte laut Befundbericht der Gemeinschaftspraxis für Radiologie und Nuklearmedizin (Dres. U.____ und V.____) vom 4. Dezember 2006 (Urk. 2/12 und 12/60/21) ältere degenerative Veränderungen C5/6 mit Grund- und Deckplattenimpressionen und womöglich leichter, frischer Infraktion im

Grund- und Deckplattenbereich (bei stehender Hinterkante), aber ohne Spinalkanaleinengung erbracht, während eine am 5. Dezember 2006 durchgeführte MRI-Untersuchung der HWS gemäß Befundbericht von Dr. T.____ eine degenerative zervikale, spinale Stenose, ein grund- und deckplattennahes Knochenmarksödem C5/6 (links mehr als rechts), eine links-laterale Protrusion C5/6 und C4/5 sowie Osteochondrosen C4/5, C5/6 und C6/7 ergeben hatte (Urk. 2/13, 12/51/3 und 12/60/20). Im Zuge einer MRI-Untersuchung des linken Kniegelenks vom 23. März 2007 waren dann nach Angabe von Dr. T.____ massiv aufgetriebene und signalerhaltene Fasern der vorderen Kreuzbandplastik bei Zustand nach Innenmeniskusteilresektion und beginnender Aussenmeniskusdegeneration festgestellt worden, ohne Rückschlüsse auf die Stabilität zu ziehen (Urk. 12/60/31).

Neben den erwähnten degenerativen und traumatischen Alterationen am Bewegungsapparat war in körperlicher Hinsicht zudem seit längerem eine Atemwegsproblematik aktenkundig. Wie aus dem Bericht von Dr. O.____ vom 5. April 1999 (Urk. 12/31/25-26 und 12/34/12-15) hervorgeht, litt die Klägerin schon seit geraumer Zeit unter Atembeschwerden in Form einer chronischen Bronchitis (mit insgesamt mäßiggradiger, wechselnd starker Einschränkung der Atemleistung [COPD] bei Typ-I-Allergie), welche Symptomatik sich nach einer Rauchgasinhalation 1998 akzentuierte, ohne dass daraus allerdings eine nach aussen hin in Erscheinung getretene langanhaltende Arbeitsunfähigkeit resultiert hätte. Eine im Oktober 2004 durchgeführte Konsultation bei Dr. O.____ erbrachte gemäß Bericht vom 5. November 2004 (Urk. 12/31/13) keine wesentliche Befundänderung, wobei eine klinisch relevante Inhalationsallergie (Typ-I-Sensibilisierung) nunmehr ausgeschlossen wurde (Berichte vom 25. Januar 2005 [Urk. 12/31/24 und 12/34/7-8] und 2. März 2005 [Urk. 12/31/20-23]). Betreffend COPD und Typ-I-Allergie sah Dr. O.____ keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als Krankenschwester (Einschränkung unter 20 %; Bericht vom 9. Dezember 2005 [Urk. 2/8 und 12/34/5-6]). Das von Dr. P.____ im Bericht vom 1. September 2005 (Urk. 2/5, 8/2, 12/21 und 12/29) erwähnte akut exazerbierte Bronchitis-Rezidiv konnte medikamentös kurzfristig kuriert werden, wie dies Dr. M.____ in seiner Beurteilung vom 17. März 2005 (Urk. 12/31/17-19) im Übrigen auch für NSAR-induzierte Atemprobleme als möglich erachtet hatte.

3.4.2.2 Nun waren über das organisch erklärbare Beschwerdebild (mit strukturellem Korrelat) hinaus aber seit geraumer Zeit auch psychische Auffälligkeiten zu gewärtigen gewesen. In psychischer Hinsicht hatte Dr. N.____ die Klägerin im September 2004 als "[s]chmerzgeplagt und beeinträchtigt" ("Somatisierung? Schlafstörungen?") bezeichnet (Urk. 12/31/30-31 und 12/34/10-11). Dr. M.____ hatte in seiner Beurteilung vom 17. März 2005 (Urk. 12/31/17-19) auf einen sowohl physisch als auch psychisch bedingten Erschöpfungszustand zufolge Pflege des chronisch kranken Ehemannes bei gleichzeitiger Berufstätigkeit hingewiesen ("psychosoziale Probleme mit Stresssituationen", "Psychostress"). Dr. P.____ hatte am 1. September 2005 eine reaktive Depression erwähnt, deretwegen die Klägerin in psychotherapeutischer Behandlung stehe; ausserdem hatte er angegeben, dass wegen Panikattacken keine MRI-Untersuchung (Schulter rechts) möglich gewesen sei (Urk. 2/5, 8/2, 12/21 und 12/29). Laut Stellungnahme von Dr. L.____ vom 26. Juli 2005 (Urk. 12/31/15) hatte die Klägerin seit 16. Juni 2005 wegen depressiver Störungen bei ihr in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung gestanden und war daneben auch medikamentös behandelt worden (Einnahme eines Antidepressivums); dies,

nachdem die KlÄgerin nach HWS-Traumen (2002 und 2004) Äber ein zunehmendes Schmerzsyndrom im HWS-Bereich und darÄber hinaus Äber Schwindel, Kopfschmerzen, gedrÄckte Stimmung, verminderte Initiative, sozialen RÄckzug, Ängste, SchlafstÄrungen und eine verminderte Gesamtbelastbarkeit geklagt hatte und ab 15. April 2005 arbeitsunÄhig gewesen war. Im nachfolgenden Bericht vom 12. September 2005 (Urk. 2/6 und 12/26) hatte Dr. L.____ ein HWS-Syndrom mit Schmerzsymptomen und psychischer BeeintrÄchtigung, Schwindel und Kopfschmerzen sowie ein depressives Zustandsbild erwÄhnt. Laut Angabe des die KlÄgerin ab Anfang Dezember 2005 behandelnden Dr. I.____ machte diese "subjektiv einen schmerzgepeinigten Eindruck", wobei sie unter anderem Äber oxibilaten Kopfschmerz und KonzentrationsstÄrungen geklagt habe (Gutachten vom 16. MÄrz 2006 [Urk. 12/40/2-4] und Bericht vom 21. MÄrz 2006 [Urk. 2/10 und 12/39]). Dr. G.____ hatte im Gutachten vom 2. Mai 2007 (Urk. 8/6 und 12/79/4-10) anamnestisch seit Jahren anhaltende massive Schlaf- und vor allem DurchschlafstÄrungen (zufolge psychosozialer Belastungssituation) erwÄhnt.

Nach dem Gesagten war das Krankheitsgeschehen mithin nicht erst ab Mai 2008, sondern bereits in der Zeit vor Mitte Januar 2008 durch ein augenfÄllig in Erscheinung getretenes psychisches Leiden klar erkennbar mitgeprÄgt. Es ist spÄtestens seit den UnfÄllen von 2004 und 2006 von einem in verschiedener Hinsicht typischen ("bunten") physisch-psychischen Beschwerdekomples bei schon lÄnger vorhandener und anhaltender massiver psychosozialer Belastungssituation (chronisch kranker Ehemann, Arbeitsweg) auszugehen. Bei dieser Sachlage ist fÄr die Zeit vor dem Versicherungseintritt der KlÄgerin bei der Beklagten eine relevante psychische Mitbeteiligung anzunehmen und folglich ein enger sachlicher Zusammenhang mit Äberwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen. Dies, zumal die von Dr. F.____ erhobenen Anamneseangaben klar darauf hindeuten, dass die seit 2004 vorhandenen und angeblich unbehandelt gebliebenen Panikattacken bis zum Zusammenbruch im Mai 2008 andauerten und auch affektive StÄrungen - wenngleich in unterschiedlicher AusprÄgung - stets vorhanden gewesen waren (insbes. Bericht vom 19. November 2008 [Urk. 12/88]). Dass keine lÄckenlosen echtzeitlichen medizinischen Dokumente zum psychischen Gesundheitszustand und zur diesbezÄglichen Arbeits(un)Ähigkeit vorhanden sind, tut nichts zur Sache. Die vorhandenen medizinischen Akten belegen, dass die KlÄgerin aufgrund des multifaktoriellen Beschwerdeaufkommens ab April 2004 (vgl. Urk. 8/3 = 12/25, 12/1/20 = 12/31/9 und 12/23/2) und insbesondere ab August 2005 (vgl. Urk. 12/23/2, 12/31/6 und 12/45-46) ihr Arbeitspensum gesundheitsbedingt sowohl graduell als auch funktionsmÄssig erheblich reduziert hat. Durch die damit verbundenen Entlastungen hat sich eine gewisse Stabilisierung eingestellt, bevor es Ende November 2006 zum Autounfall mit daraus folgender Verschlechterung und vorÄbergehend voller ArbeitsunÄhigkeit auch hinsichtlich der pensen- wie funktionsmÄssig reduzierten BerufstÄtigkeit gekommen ist. Im April 2007 hat sie dann zwar den Arbeitsort gewechselt, um den mit dem Arbeitsweg (Pendeln mit dem Auto vom Wohnort in D-____ nach Y.____) verbundenen (Zusatz-)Belastungen zu entgehen (vgl. Urk. 12/56-57 und 12/58/1), jedoch - nach einem zunÄchst 50%igen "Arbeitsversuch" (vgl. Urk. 12/60/6) - aus finanziellen GrÄnden (tieferes deutsches Lohnniveau: monatliches Bruttoeinkommen von rund Ä 3'000.--; vgl. Urk. 12/76/6 = 14/64 S. 6) in den Kliniken B.____ ganztags gearbeitet, im Wissen darum, dass sie dies - bei anhaltender psychosozialer Belastungssituation - mÄglicherweise nicht lange wÄrde durchhalten kÄnnen (vgl. Gutachten von Dr. G.____ vom 2. Mai 2007 [Urk.

8/6 und 12/79/4-10]). Nach dem Wechsel in die Klinik C.____ Mitte Januar 2008, wo sie - bei anhaltender Schmerzproblematik und unveränderter psychosozialer Belastungssituation sowie trotz des Arbeitswegs - ein 80%-Pensum mit Intensivpflege- und Nachtdienst versah, ist die KlÄrgerin dann im Mai 2008 aus gesundheitlichen GrÄnden zusammengebrochen, die sich Ätiologisch von den ab 2004 vorhandenen nicht abgrenzen lassen. Die Annahme von Dr. F.____ gemÄss Bericht vom 19. November 2008 (Urk. 12/88), wonach die KlÄrgerin nicht kÄrperlich krank und vor der Depression kÄrperlich nicht wesentlich eingeschrÄnkt gewesen sei (Urk. 12/88/10), ist im Lichte der weiteren medizinischen Akten fragwÄrdig und widerspricht der gleichzeitig gestellten Diagnose eines seit 2006 bestehenden HWS-Syndroms mit Auswirkung auf die ArbeitsfÄhigkeit. Dass - wie die KlÄrgerin geltend macht - zwischen November 2005 und Mai 2008 keine (selbstÄndigen oder zumindest begleitenden) depressiven StÄrungen mit wesentlichem Einfluss auf das funktionelle LeistungsvermÄgen in der angestammten TÄtigkeit mehr vorhanden gewesen sein sollen, lÄsst sich anhand der Vorakten ebenfalls nicht halten, hat doch Dr. G.____ im April/Mai 2007 eine auf das Schmerzsyndrom im Rahmen der Zervikobrachialgie sowie die Belastung durch die Erkrankung des Ehemannes zurÄckzufÄhrende und sich auf das LeistungsvermÄgen im erlernten Beruf als Krankenschwester negativ niederschlagende (geistig/psychische BelastbarkeitseinschrÄnkung) rezidivierende depressive StÄrung (damals mittelgradige Episode) ausgemacht und eine Rehabilitation an die Entlastung von ÄbermÄssigen beruflichen und psychosozialen Stressoren geknÄpft (Gutachten vom 2. Mai 2007 [Urk. 8/6 und 12/79/4-10]).

E. 3.5

3.5.1Ä Ä Nachdem die KlÄrgerin aus den geschilderten gesundheitlichen GrÄnden ihr Arbeitspensum im April 2004 formell von 90 % auf 80 % reduziert sowie ab August 2004 eine reine Tagdienstfunktion Äbernommen und dabei faktisch nurmehr zwischen 40 % und 50 % gearbeitet hatte, sahen die Verantwortlichen des Kantonsspitals Y.____ auf das Auslaufen der Krankentaggeldleistungen hin (31. MÄrz 2007) eine - der tatsÄchlichen Arbeitsleistung entsprechende - "Umgestaltung des ArbeitsverhÄltnisses" in Form einer (fÄr ein Jahr) befristeten WeiterbeschÄftigung der KlÄrgerin ab 1. April 2007 im Umfang von nominell nur noch 40 % vor (Änderungsvereinbarung vom 5./12. Dezember 2006 [Urk. 8/4, 12/52, 12/55/2 und 12/60/17]), worauf die KlÄrgerin in der Folge verzichtete (AuflÄsungsvereinbarung vom 26. Februar 2007 [Urk. 8/5, 12/58/3, 12/60/12 und 12/81/9]). Stattdessen trat sie im April 2007 in die Dienste der an ihrem deutschen Wohnort gelegenen Kliniken B.____ und wechselte Mitte Januar 2008 zurÄck in die Schweiz zur Klinik C.____. WÄhrend der VollzeitÄtigkeit bei den Kliniken B.____ verdiente sie brutto rund Ä 3'000.-- pro Monat (s. oben E. 3.4.3), wÄhrend sich der Grundlohn in der Klinik C.____ im Rahmen eines 80%-Pensums zunÄchst auf Fr. 5'850.-- und hernach auf Fr. 5'950.-- belief (gerundet; Arbeitgeberberichte der Klinik C.____ vom 12. November 2008 [Eingang; Urk. 12/85/1-8], samt Lohnbuchauszug [Urk. 12/85/13-14], und 14. MÄrz 2010 [Urk. 12/116/1-8], samt Lohnbuchauszug [Urk. 12/116/9-10]).

3.5.2Ä Ä Dass wÄhrend der bis Ende MÄrz 2007 dauernden Anstellung beim Kantonsspital Y.____ eine gesundheitlich (physisch-psychisch) bedingte Einbusse an funktionellem LeistungsvermÄgen von deutlich mehr als 20 % nach aussen hin klar in Erscheinung getreten ist, liegt offen zutage (vgl. Arbeitgeberberichte vom 6. September 2005 [Urk. 12/23] und 4. November 2008 [Urk. 12/81/1-8], samt Jahresplan [Urk.

12/81/11-13] und Lohnbuchauszug [12/81/14-17], sowie Arbeitgeberauskunft vom 4. Dezember 2008 [Urk. 12/91/2]; vgl. auch Lohnabrechnung des Kantonsspitals Y. ___ vom 16. Januar 2004 [Urk. 12/1/15] und Lohnmitteilungen vom 19. April 2006 [Urk. 12/60/18] und 15. Januar 2007 [Urk. 12/55/1]). Fraglich ist, ob die 8-monatige Anstellung bei den Kliniken B. ___ und anschliessende 4-monatige Tätigkeit bei der Klinik C. ___ eine wiedererlangte Arbeits- und Leistungsfähigkeit (im Umfang von mindestens 80 %) indizieren. Davon kann unter den vorliegenden Umständen keine Rede sein. Beide Tätigkeiten waren hinsichtlich der geforderten körperlichen und psychischen Ressourcen weit anspruchsvoller als die zuletzt ausgeübte Tagdiensttätigkeit im Kantonsspital Y. ___ (mit faktischem Arbeitspensum von 40-50 %) und damit im Lichte der medizinischen Akten alles andere als behinderungsangepasst. So handelte es sich bei derjenigen in den Kliniken B. ___ gemäss klägerischen Angaben um eine im "Drei-Schicht-Dienst" zu verrichtende Tätigkeit, bei der ein "hoher körperlicher Einsatz gefordert" war (Urk. 2/3 S. 2); bei derjenigen in der Klinik C. ___ hatte die Klägerin im Nachdienstbetrieb nebst Überwachungs- auch Intensivpflegearbeiten auszuführen (Arbeitgeberberichte vom 12. November 2008 [Eingang; Urk. 12/85/1-8] und 14. März 2010 [Urk. 12/116/1-8]), und zwar angeblich unter erschwerten Bedingungen (Urk. 2/3 S. 2). Wiewohl die Klägerin in diesen Tätigkeiten "mit Schmerztabletten und Durchhaltewillen" weit mehr als drei Monate lang zufriedenstellend zu funktionieren vermochte, war die Verrichtung derart anspruchsvoller Berufsarbeiten offenkundig nur unter der Gefahr möglich, den Gesundheitszustand zu verschlimmern, was letztlich zum Zusammenbruch im Mai 2008 geführt hat. Solchermassen vermag die tatsächliche Einkommenserzielung keine Unterbrechung des zeitlichen Zusammenhangs zur vormals plastisch in Erscheinung getretenen und sachlich auf die gleiche(n) Ursache(n) zurückzuführenden Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen zu bewirken.

4. Zusammengefasst fehlt es bezüglich des eingetretenen Zustands am engen sachlichen und zeitlichen Konnex zum in Frage stehenden Vorsorgeverhältnis, was im Ergebnis zur - kostenlosen (Art. 73 Abs. 2 BVG in Verbindung mit § 33 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer]) und entschuldigensfreien (§ 34 GSVGer; vgl. BGE 128 V 133 E. 5b, 126 V 150 E. 4a, 118 V 169 E. 7 und 117 V 349 E. 8 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 122 V 125 E. 5b und 320 E. 1a und b sowie 112 V 356 E. 6) - Abweisung der Klage führt.

Das Gericht erkennt:

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Es werden keine Prozessentschuldigungen zugesprochen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dieter Studer

- AXA Stiftung Berufliche Vorsorge, Winterthur

- Pensionskasse YY. ___

- Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV)

5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90

ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG]). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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