

SO_GERICHTE VSBES.2019.217 vom 22. Dezember 2020

SO Obergericht, 2020-12-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.217

FR: SO_GERICHTE VSBES.2019.217 du 22 décembre 2020

IT: SO_GERICHTE VSBES.2019.217 del 22 dicembre 2020

Erwägungen

E. 1

1.1 Die 1967 geborene A.____ (im Folgenden: Beschwerdeführerin) arbeitete zuletzt vom 1. August 2016 bis 31. Juli 2017 als Lehrerin mit einem Pensum von 68 % (ab 20. Februar 2017 davon 40 %) für die Fächer Natur- und Förderpädagogik an der B.____, [...]. Am 12. Juli 2017 meldete sie sich wegen starker neurologischer Beschwerden, Einschränkungen in der Grob- und Feinmotorik sowie Muskelschmerzen und –schwäche bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-St. Beleg Nr. [IV-Nr.] 2). Nach dem Beizug verschiedener ärztlicher Berichte und anderer Unterlagen sowie Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) veranlasste die IV-Stelle des Kantons Solothurn (im Folgenden: Beschwerdegegnerin) eine neurologische Begutachtung im C.____, Neurologie (Dr. med. D.____, Leitende Ärztin Neurologie), welche am 11. Juli 2018 durchgeführt wurde (Gutachten vom 18. Juli 2018; IV-Nr. 31). Am 20. August 2018 meldete sich die Beschwerdeführerin bei der IV auch zum Bezug einer Hilflosenentschädigung an (IV-Nr. 27). Zum Gutachten nahm die Beschwerdeführerin am 18. Oktober 2018 Stellung (IV-Nr. 34.1).

1.2 Die Beschwerdegegnerin forderte die Beschwerdeführerin am 23. November 2018 im Rahmen eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens auf, sich innerhalb der nächsten 6 Wochen in eine fach-neurologisch adäquate Behandlung zu begeben. Eine solche Behandlung sei zunächst über einen längeren Zeitraum von mindestens $\frac{1}{2}$ bis $\frac{3}{4}$ Jahr durchzuführen; im Rahmen dieser Behandlung sollte neurologischerseits noch das Vorliegen einer Morbus Wilson-Krankheit ausgeschlossen werden (IV-Nr. 37). Nach der Konsultation des RAD und Durchführung des Vorbescheidverfahrens lehnte die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente sowie berufliche Eingliederungsmassnahmen mit Verfügung vom 26. Juli 2019 ab. Zur Begründung wurde im Wesentlichen dargelegt, die Beschwerdeführerin leide an einem Parkinsonsyndrom, welches im Jahr 2017 diagnostiziert worden sei. Trotz fachärztlich neurologischer Empfehlung habe sie sich bisher nicht schulmedizinisch behandeln lassen. Durch eine fachneurologisch adäquate, d.h. auf schulmedizinischen Erkenntnissen beruhende, leitliniengerechte Therapie des Parkinsonsyndroms sei eine Verbesserung des Gesundheitszustands und eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit wahrscheinlich. Zu einer leitliniengerechten Therapie gehörten insbesondere auch medikamentöse Therapiemassnahmen mit dopaminergen Substanzen. Eine solche Therapie sei der Beschwerdeführerin zuzumuten. Die Beschwerdeführerin habe zwar eine neurologische Konsultation bei Dr. med. D.____ wahrgenommen, die dringend empfohlene leitliniengerechte dopaminerge Therapie lehne sie jedoch weiterhin ab. Die medizinische Auflage vom 23. November 2018 sei somit nicht erfüllt worden. Aus den Akten ergebe sich, dass sämtliche involvierten Ärzte zur Behandlung des Parkinsonsyndroms eine dopaminerge Therapie empföhlen und sich davon eine Verbesserung des Gesundheitszustandes und auch der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit

versprechen. Ein Rentenanspruch könne grundsätzlich nicht entstehen, solange die versicherte Person zumutbare therapeutische und andere schadenmindernde Vorkehren nicht ausschöpfe. Ohne leitliniengerechte Behandlung des Grundleidens sei es nicht möglich, die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit zu beurteilen. Ein Leistungsanspruch sei somit abzulehnen. Von den beantragten Ergänzungsfragen an Dr. med. D.____ und die RAD-Ärztinnen könne abgesehen werden (IV-Nr. 53; Aktenseiten (A.S.) 1 ff.). 1.3 Im Weiteren lehnte die Beschwerdegegnerin nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens auch den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Hilflosenentschädigung mit Verfügung vom 19. August 2019 ab, wobei sie ebenfalls mit der vorerwähnten, von der Beschwerdeführerin nicht erfüllten medizinischen Auflage vom 23. November 2018 argumentierte (IV-Nr. 57; A.S. 6 f.).

E. 2

Es seien der Beschwerdeführerin die ihr zustehenden gesetzlichen Leistungen (IR und HE) nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von 100 % mit Wirkung ab 20. Februar 2017, spätestens ab Juli 2017, zzgl. eines Verzugszinses zu 5 % seit wann rechtens zuzusprechen.

E. 2.2

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente. 3. Laut Art. 42 Abs. 1 IVG haben Versicherte mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt in der Schweiz, die hilflos sind, Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung. Vorbehalten bleibt Art. 42 bis IVG. Es ist zu unterscheiden zwischen schwerer, mittelschwerer und leichter Hilflosigkeit (Art. 42 Abs. 2 IVG; vgl. Art. 37 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]). 4 4 .1 Hat die versicherte Person den Versicherungsfall vorsätzlich oder bei vorsätzlicher Ausübung eines Verbrechens oder Vergehens herbeigeführt oder verschlimmert, so können ihr die Geldleistungen vorübergehend oder dauernd gekürzt oder in schweren Fällen verweigert werden (Art. 21 Abs. 1 ATSG). Entzieht oder widersetzt sich eine versicherte Person einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederung ins Erwerbsleben, die eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder eine neue Erwerbsmöglichkeit verspricht, oder trägt sie nicht aus eigenem Antrieb das ihr Zumutbare dazu bei, so können ihr die Leistungen vorübergehend oder dauernd gekürzt oder verweigert werden. Sie muss vorher schriftlich gemahnt und auf die Rechtsfolgen hingewiesen werden; ihr ist eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen. Behandlungs- oder Eingliederungsmassnahmen, die eine Gefahr für Leben und Gesundheit darstellen, sind nicht zumutbar (Art. 21 Abs. 4 ATSG). Der Versicherungsträger prüft die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Mündlich erteilte Auskünfte sind schriftlich festzuhalten (Art. 43 Abs. 1 ATSG). Soweit ärztliche oder fachliche Untersuchungen für die Beurteilung notwendig und zumutbar sind, hat sich die versicherte Person diesen zu unterziehen (Art. 43 Abs. 2 ATSG). 4.2 Nach Art. 7 Abs. 1 IVG muss die versicherte Person alles ihr Zumutbare unternehmen, um die Dauer und das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG) zu verringern und den Eintritt einer Invalidität (Art. 8 ATSG) zu verhindern. Die versicherte Person muss an allen zumutbaren Massnahmen, die zur Erhaltung des bestehenden Arbeitsplatzes oder zu ihrer Eingliederung ins Erwerbsleben oder in einen dem Erwerbsleben gleichgestellten Aufgabenbereich dienen, aktiv teilnehmen. Dies sind u.a. medizinische Behandlungen nach Art. 25 KVG (Art. 7 Abs. 2 lit. d IVG). Als zumutbar gilt jede Massnahme, die der Eingliederung der versicherten

Person dient; ausgenommen sind Massnahmen, die ihrem Gesundheitszustand nicht angemessen sind (Art. 7a IVG). Laut Art. 7b Abs. 1 IVG können die Leistungen nach Art. 21 Abs. 4 ATSG gekürzt oder verweigert werden, wenn die versicherte Person den Pflichten nach Art. 7 IVG oder nach Art. 43 Abs. 2 ATSG nicht nachgekommen ist. Beim Entscheid über die Kürzung oder Verweigerung von Leistungen sind alle Umstände des einzelnen Falles, insbesondere das Ausmass des Verschuldens der versicherten Person, zu berücksichtigen (Art. 7b Abs. 3 IVG). In Abweichung von Art. 21 Abs. 1 ATSG werden Hilflosenentschädigungen weder verweigert noch gekürzt (Art. 7b Abs. 4 IVG).

4.3 Über Art. 21 Abs. 4 ATSG hinaus fordert Art. 7 Abs. 2 IVG die aktive Teilnahme an allen zumutbaren Massnahmen. Im Vergleich zur ATSG-Bestimmung setzt Art. 7 Abs. 2 IVG zudem nicht voraus, dass die Massnahmen eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder eine neue Erwerbsmöglichkeit versprechen. Ob der Verzicht auf die Wesentlichkeit der Verbesserung «gewollt» ist, um dem Grundsatz der «Eingliederung statt Rente» vermehrt zum Durchbruch zu verhelfen, oder ob durch den Verweis in Art. 7b Abs. 1 IVG auf Art. 21 Abs. 4 ATSG auch im Zusammenhang mit Wiedereingliederungsmassnahmen nach Art. 8a IVG eine wesentliche Verbesserung in Aussicht stehen muss, konnte in BGE 145 V 2 E. 4.2.2 S. 8 f. offenbleiben. Neu gilt jedenfalls gemäss Art. 7a IVG (eingefügt mit Inkrafttreten der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008) als Ausfluss einer verstärkten Schadenminderungspflicht der Grundsatz der Zumutbarkeit jeder Massnahme, die der Eingliederung ins Erwerbsleben oder in einen Aufgabenbereich dient. Damit strebte der Gesetzgeber in Bezug auf die Zumutbarkeitsfrage eine Verschiebung der Beweislast an. Die Beweislast für die Unzumutbarkeit einer Massnahme im Sinne von Art. 7 Abs. 2 IVG liegt somit neu bei der versicherten Person (Urteile des Bundesgerichts 9C_155/2019 vom 24. Juni 2019 E. 2.2.2 und 8C_741/2018 vom 22. Mai 2019 E. 3.3, je mit Hinweisen). Im Rahmen der Schadenminderungspflicht ist die versicherte Person jederzeit gehalten, sich im Sinn der Selbsteingliederung einer zumutbaren Behandlung zu unterziehen, wenn die Möglichkeit dazu besteht (vgl. Art. 7 Abs. 2 lit. d IVG). Grundsätzlich sind die Anforderungen an die Schadenminderungspflicht dort strenger, wo eine erhöhte Inanspruchnahme der Invalidenversicherung in Frage steht, namentlich wenn der Verzicht auf schadenmindernde Vorkehren Rentenleistungen auslöst. Nach der Rechtsprechung ist die fortgesetzte Krankheitsbehandlung, die insbesondere auch die dauernde Einnahme ärztlich verschriebener Medikamente umfasst, in aller Regel eine jederzeit zumutbare Form allgemeiner Schadenminderung; dazu zählt auch die dauernde Einnahme von ärztlich verschriebenen Schmerzmitteln, selbst wenn diese mit Nebenwirkungen verbunden ist (Urteile des Bundesgerichts 9C_155/2019 vom 24. Juni 2019 E. 2.2.2, 8C_741/2018 vom 22. Mai 2019 E. 4.1, 9C_671/2016 vom 20. März 2017 E. 4.2.1 und I 744/06 vom 30. März 2007 E. 3.1, je mit Hinweisen).

4.4 Die aus fachärztlicher Sicht indizierten und zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten hat die versicherte Person in kooperativer Weise optimal und nachhaltig auszuschöpfen. Welche konkreten Behandlungsmöglichkeiten indiziert und zumutbar sind, bestimmt der Facharzt oder die Fachärztin. Solange aus fachärztlicher Sicht nicht oder nicht ausreichend genutzte zumutbare (ambulante oder stationäre) Behandlungsmöglichkeiten weiterhin indiziert sind, genügt es aus objektivem Blickwinkel nicht, dass die versicherte Person sämtliche Therapievorschlüsse des Hausarztes oder der übrigen behandelnden Ärzte in kooperativer Weise umgesetzt hat (Urteil des Bundesgerichts 8C_741/2018 vom 22. Mai 2019 E. 4.2 mit Hinweisen).

4.5 Nach dem Verhältnismässigkeitsprinzip müssen das Mass der Sanktion (Leistungskürzung oder

–verweigerung) und der voraussichtliche Eingliederungserfolg (Verbesserung oder Erhaltung der Erwerbsfähigkeit) einander entsprechen. Die versicherte Person ist grundsätzlich so zu stellen, wie wenn sie ihre Schadenminderungspflicht wahrgenommen hätte. Für die Frage nach dem mutmasslichen Eingliederungserfolg bedarf es keines strikten Beweises, sondern es genügt eine – je nach den Umständen zu konkretisierende – gewisse Wahrscheinlichkeit, dass die Vorkehr, der sich die versicherte Person widersetzt oder entzogen hat, erfolgreich gewesen wäre (Urteile des Bundesgerichts 9C_155/2019 vom 24. Juni 2019 E. 2.2.2 und 8C_865/2017 vom 19. Oktober 2018 E. 3.3, je mit Hinweisen).

5. Im Folgenden ist zu prüfen, ob für die Beschwerdeführerin eine leitliniengerechte medikamentöse, d.h. dopaminerge Therapie angesichts ihres Parkinsonleidens eine zumutbare Massnahme darstellt. Aus den vorliegend ins Recht gelegten Akten ergibt sich folgender medizinischer Sachverhalt: 5.1 Dr. med. I. ____, FMH Neurologie (Neurologische Praxis [...]), stellte in seinem Bericht vom 13. Juni 2017 folgende Diagnosen: «Parkinsonsyndrom, wahrscheinlich idiopathisch bedingt, Symptombeginn circa 2012, Aktueller motorischer UPDRS (Unified Parkinson Disease Rating Scale) 18 Punkte». Zur Anamnese wurde im Wesentlichen dargelegt, die Patientin berichte seit 2012 über einen Morbus Parkinson und ein Burnoutsyndrom. Sie habe diverse Beschwerden in diesem Rahmen festgestellt wie beispielsweise eine Schwäche in den Beinen, eine allgemeine Verlangsamung der Bewegungen, Probleme mit dem Schreiben und dem Cellospielen, die Kraft sei eingeschränkt und sie sei vermehrt obstipiert. Seit einigen Monaten habe sie auch Probleme mit dem Gehen ohne Stürze, die Oberarme seien blockiert und steif, in den letzten Monaten hätten die Beschwerden zugenommen und seit dem Februar 2017 bestehe daher eine Arbeitsfähigkeit von nur mehr 20 %. Sie habe seit ungefähr einem Jahr Parästhesien an den Händen beidseits in Form einer ständigen Taubheit an allen Fingern mit nächtlichem Erwachen. Seit einem halben Jahr bestünden auch ständige Gefühlsstörungen an den Füßen im Sinne von Taubheit und Parästhesien. Es sei eine Hashimoto-Thyreoiditis (Schilddrüsenerkrankung) diagnostiziert worden bis anhin ohne Substitution, sie werde mit Nahrungsergänzungsmitteln behandelt. Schulmedizinische Medikamente nehme sie keine ein. Bei der Mutter der Patientin bestehe offenbar ein Morbus Parkinson. Die Patientin habe immer wieder obere oder untere Rückenbeschwerden. Sehen und Schlucken seien normal, es bestehe ein imperativer Harndrang mit Pollakisurie, jedoch keine Inkontinenz. Der Geruchssinn sei seit Jahren und möglicherweise bereits seit Kindheit eingeschränkt. Es bestünden eine Xerostomie (Mundtrockenheit) sowie keine Noxen, das Körpergewicht sei etwas rückläufig. Es sei keine eindeutige REM-Verhaltensstörung vorhanden. Die Patientin berichte über einen linksbetonten Händetremor und über Schmerzen an den Ober- und Unterschenkeln beidseits sowie an den Händen beidseits im Bereich der «Knochen». Der Neurostatus wurde wie folgt angegeben: Es bestehe eine leichte Mikrographie beim Schriftbild, nicht unbedingt beim Spiralenzeichnen, es finde sich eine leichtgradige Hypomimie (Maskengesicht) und Hypophonie (leise Sprache). Der Tonus sei an den Armen beidseits besonders nach kontralateraler Bahnung erhöht, es bestehe eine deutliche akinetisch-rigide Störung an den Händen beidseits in weitgehend symmetrischer Anordnung, ausserdem ein leichtgradiger Haltetremor der Hände beidseits besonders in Schwimmerstellung. Der Tonus an den Beinen sei ebenfalls leicht erhöht, die Motilität sei dort leicht reduziert, der axiale Tonus sei leicht erhöht, das Gangbild sei weitgehend unauffällig mit etwas reduzierten Mitbewegungen des linken Arms. Die Beurteilung lautete dahingehend, bei der Patientin bestehe seit fünf Jahren eine akinetische Störung, die Patientin selber berichte über die

Diagnose eines Parkinson bei ihr, welche auch bei ihrer Mutter bestehe. Diese subjektive Einschätzung könne bestätigt werden. Es finde sich ein akinetisch-rigides Syndrom betont an der oberen Körperhälfte in weitgehend symmetrischer Anordnung, sodass das Vorliegen eines Morbus Parkinson wahrscheinlich sei. Die durchgeführten Neurographien hätten keine Hinweise für ein Karpaltunnelsyndrom oder eine Polyneuropathie ergeben, diese geklagten Beschwerden in Form von Schmerzen und Parästhesien seien im Rahmen des Parkinsonsyndromes zu interpretieren. Die MRI-Untersuchung des Kopfes vom 9. Juni 2017 falle unauffällig aus. Es wurden folgende Vorschläge zum Procedere gemacht: In dieser Situation sei der Patientin eine dopaminerge Therapie empfohlen worden, sie wolle zunächst noch einen Versuch mit alternativmedizinischen Verfahren während einiger Monate unternehmen, diese Behandlungen habe sie seit Anfang Jahr gestartet. Es seien bei ihr offenbar erhöhte Werte für Mangan (recte: Aluminium, Quecksilber), Arsen und weitere Substanzen festgestellt worden. Aktuell werde sie diese ausschwemmen. Es erfolgten auch Behandlungen des Darmes. Sinnvoll wäre durchaus eine regelmässige Physiotherapie einmal pro Woche, diesbezüglich werde sich die Patientin ebenfalls informieren (IV-Nr. 14).

5.2 In seinem Arztbericht zu Händen der IV-Stelle vom 24. August 2017 stellte Dr. med. I. ___ die Diagnose «Verdacht auf Morbus Parkinson» und attestierte eine Arbeitsunfähigkeit als Lehrerin von 50 % von Juni 2017 bis auf weiteres. Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig. Die Patientin sei in ihrer Motilität aktuell deutlich eingeschränkt, insbesondere an der oberen Körperhälfte. Die bisherige Tätigkeit sei noch für 4 Stunden pro Tag zumutbar, wobei keine verminderte Leistungsfähigkeit bestehe. Es sollte eine medikamentöse Behandlung des Parkinsonsyndromes eingeleitet werden. Es sei mit einer gewissen Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen unter dieser Behandlung, allerdings kaum mit einer Normalisierung. Andere Tätigkeiten seien der Patientin ebenfalls zuzumuten. Diese Tätigkeiten sollten von der Feinmotorik her nicht allzu anspruchsvoll sein. Eine solche Tätigkeit wäre für 6 Stunden pro Tag ohne Leistungsminderung zuzumuten (IV-Nr. 16 S. 1 ff.).

5.3 Hausarzt med. pract. E. ___, FMH Allgemeine Innere Medizin, hielt in seinem Bericht vom 14. September 2017 folgende Arbeitsunfähigkeiten in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit fest: 60 % vom 20. Februar bis 31. Juli 2017 und 80 % vom 1. August 2017 bis 31. Juli 2018. Der Hausarzt gab im Weiteren an, der Gesundheitszustand der Patientin verschlechtere sich. Seit Behandlungsbeginn am 18. Februar 2016 bestünden zunehmende Parkinsonsymptome. Zu den therapeutischen Massnahmen wurde vermerkt, die Patientin führe weiterhin eine anthroposophische und alternativmedizinische Therapie durch. Es sei mit einer baldigen 100%igen Arbeitsunfähigkeit zu rechnen. Die Patientin könne im Teilarbeitsbereich der Naturpädagogik nicht mehr arbeiten, nur noch im Förderunterricht. Wahrscheinlich sei auch dies bald nicht mehr möglich. Sie versuche, noch mit einem Pensum von 20 % zu arbeiten, wahrscheinlich werde dies bald nicht mehr gehen. Mittlerweile seien auch nebensächliche Tätigkeiten wie Papiere versorgen nur noch sehr schwer möglich. Die Patientin versuche, mit alternativen Behandlungsansätzen (u.a. Schwermetallausleitungen) den Morbus Parkinson grundsätzlich zu bessern. Sie wünsche dabei keine schulmedizinische Medikation. Am Arbeitsplatz seien alle möglichen erleichternden Massnahmen zu ergreifen (IV-Nr. 17).

5.4 Mit Bericht vom 6. Dezember 2017 hielt der Hausarzt fest, es habe eine Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit von 60 % vom 20. Februar bis 31. Juli 2017 und eine solche von 80 % vom 1. August bis 22. Oktober 2017 bestanden; seit dem 23. Oktober 2017 bis 18. Februar 2018 bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Der Gesundheitszustand verschlechtere sich. Die Patientin sei schon bei jeder kleinsten

Belastung für längere Zeit völlig erschöpft und könne nicht arbeiten. Sie wünsche weiterhin eine anthroposophisch/alternativ-medizinische Therapie, da sie nicht symptomatisch vorgehen, sondern ihre Erkrankung grundsätzlich bessern wolle (IV-Nr. 20). 5.5 Der Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. F.____, praktische Ärztin, vom 15. Januar 2018 kann entnommen werden, noch Mitte 2017 sei, laut Bericht des beurteilenden Neurologen Dr. med. I.____, von einem leichteren Parkinsonsyndrom (UPDRS von 18) auszugehen gewesen. Bei Wahrnehmung einer schulmedizinischen (dopaminergen) Therapie wäre im Normalfall überwiegend wahrscheinlich von einer arbeitsfähigkeitsrelevanten Verbesserung der Parkinsonsymptomatik auszugehen. Noch im August 2017 habe Dr. med. I.____ eine Arbeitsfähigkeit von 4 Stunden pro Tag in der angestammten Tätigkeit und eine solche von 6 Stunden pro Tag in einer leidensangepassten Tätigkeit als möglich angesehen. Nun komme der Hausarzt im Dezember 2017 mit der Mitteilung, dass sich das Leiden verschlechtert habe und die Versicherte seit Oktober 2017 als vollumfänglich arbeitsunfähig für jegliche Tätigkeit einzustufen sei. Weiterhin wünsche die Versicherte nur eine anthroposophisch/alternativmedizinische Therapie, da sie nicht symptomatisch vorgehen, sondern ihre Erkrankung grundsätzlich bessern wolle. In dieser Situation müsse ein neurologisches Gutachten veranlasst werden (IV-Nr. 22). 5.6 Aus dem neurologischen Gutachten des C.____, Medizinische Klinik (Dr. med. D.____, Leitende Ärztin Neurologie) vom 18. Juli 2018 (Untersuchung vom 11. Juli 2018) gehen folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hervor: «Parkinsonsyndrom, am ehesten idiopathisch (G 20), motorische Symptome: Hypokinetisch rigid links betontes Extrapiramidalsyndrom, nicht motorische Symptome: erhöhte Miktionsfrequenz, subjektive kognitive Störung, MRI Hirn 09.06.2017: keine strukturelle Pathologie, keine Anhaltspunkte auf atypisches Parkinsonsyndrom, metabolische Abklärung (Morbus Wilson) nicht vorliegend, keine dopaminerge medikamentöse Therapie, Ätiologisch DD idiopathisch, DD sekundär, positive Familienanamnese». Die Diagnose «Hashimoto Thyreoiditis» hat nach den gutachterlichen Angaben keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Im Rahmen der medizinischen und versicherungsmedizinischen Beurteilung legte die neurologische Gutachterin im Wesentlichen dar, die 51-jährige Explorandin, die beruflich als Lehrerin an der B.____ tätig gewesen sei, leide retrospektiv seit ca. 2012 an einer mehrschichtigen Symptomatik, mit initial symptomführender Adynamie und Müdigkeit, welche anfänglich als Burnout-Symptomatik interpretiert worden sei. Im Verlauf der Jahre seien auch motorische (fein- und grobmotorische) Schwierigkeiten aufgetreten, sodass schliesslich im Jahr 2017 die Diagnose eines Parkinson-Syndromes formuliert worden sei, vom hypokinetischen rigiden Typ, DD am ehesten als idiopathisch bedingt (bei positiver Familienanamnese) zu beurteilen. Eine MRI-Untersuchung des Hirnes am 9. Juni 2017 habe keine strukturelle zerebrale Pathologie gezeigt. Eine metabolische Abklärung hinsichtlich eines etwaig zu Grunde liegenden Morbus Wilson sei nicht erfolgt. Bis zum aktuellen Tag bestehe keine leitliniengerechte dopaminerge Therapie, sodass im Rahmen des neurologischen Gutachtens eine ausgeprägte hypokinetisch rigide Symptomatik festgestellt werden könne, mit relevanter Beeinträchtigung in grob- und feinmotorischen Funktionen und entsprechender Hilfsbedürftigkeit im Alltag. Die Explorandin habe bis im Sommer 2017 als Lehrerin in der B.____ gearbeitet und habe aufgrund der erwähnten Einbussen diese Tätigkeit aufgeben müssen. In der aktuellen Situation sei bei fortgeschrittener Klinik die Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf als Lehrerin ohne entsprechende (u.a. dopaminerge) leitliniengerechte Therapie der Grunderkrankung als nicht gegeben zu betrachten. Aus neurologischer Sicht

wäre in diagnostischer Hinsicht eine ergänzende Diagnostik im Hinblick auf einen Morbus Wilson formal obligat, um eine sekundäre Ursache des Parkinson-Syndromes ausschliessen zu können. In therapeutischer Hinsicht bestehe zweifelsohne die Indikation für eine (in erster Linie dopaminerge) medikamentöse Therapie und eine ausgebaute, nicht medikamentöse Therapie. Unter dieser Therapie sei von einer Besserung des Zustandsbildes auszugehen. Eine Mitwirkungspflicht der Explorandin könne diesbezüglich erwartet werden. Inwieweit die Arbeitsfähigkeit dadurch effektiv gewinne, könne zum aktuellen Zeitpunkt nicht abschliessend beurteilt werden. Bei subjektiven Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen könne in der orientierenden verhaltensneurologischen Untersuchung (MOCA-Screening Test) ein Normalbefund erhoben werden ohne Anhaltspunkte auf eine kognitive Funktionsstörung; eine kognitive Beeinträchtigung auf hohem Niveau sei dadurch aber nicht ausgeschlossen. Hier wäre im Verlauf erst nach etablierter medikamentöser Therapie eine neuropsychologische detaillierte Diagnostik zielführend, um auch diesbezüglich eine Einschätzung und Prognose der Arbeitsfähigkeit formulieren zu können. Zum Verlauf gab die Gutachterin an, die bisherige Behandlung des Parkinson-Syndromes sei mit überwiegend anthroposophischen Substanzen erfolgt und habe auf naturheilkundlichen Ansätzen basiert, eine leitliniengerechte medikamentöse (u.a. dopaminerge) Therapie sei bis anhin nie versucht worden. Es entspreche der Überzeugung der Explorandin, dass sie die Krankheit mittels der eingangs erwähnten Therapiemassnahmen bezwingen könne. Sie beziehe sich hierbei insbesondere auf einen holistischen Therapieansatz und lehne sich dabei an Manfred J. Poggel an, der in einer Broschüre kundtue, dass eine Parkinson-Erkrankung mit diesen Therapiemassnahmen bezwungen werden könne. Im Gespräch während des Gutachtens gebe die Explorandin an, dass sie in Zukunft vielleicht doch teilweise von ihrer Überzeugung abweichen müsste, und eine dopaminerge Therapie versuchen müsste, da ihr sehr wohl bewusst sei, dass sie im aktuellen Alltag durch die Grunderkrankung sehr stark beeinträchtigt sei. Als Behandlungsoption wäre eine dopaminerge Therapie daher dringend zu versuchen und die Kooperationsfähigkeit der Explorandin könne aufgrund der Aussagen während des Gutachtens grundsätzlich als günstig beurteilt werden, da sie signalisiere, einem Therapieversuch mit einer dopaminergen Substanz grundsätzlich offen gegenüber zu stehen. Als flankierende Massnahmen zur dopaminergen Therapie seien ebenfalls nicht medikamentöse Massnahmen, wie beispielsweise eine ausgebaute Physio- und Ergotherapie dringend indiziert. Die Schilderung der geklagten Symptome seien in Zusammenhang mit der neurologischen Untersuchung und den festgestellten Funktionseinbussen konsistent und plausibel und im Rahmen einer Parkinson-Erkrankung zu werten. Divergente Akteninformationen bestünden nicht. Die Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen wurden durch die Gutachterin dahingehend gewürdigt, die Explorandin sei sozial gut eingebettet und zeige auch eine gute Kooperationsfähigkeit während der Befragung und Untersuchung im Rahmen des Gutachtens. Die Distanzierung von einer schulmedizinischen Massnahme beruhe auf einer inneren Überzeugung und sollte nicht als eingeschränkte Kooperationsbereitschaft beurteilt werden. Die Explorandin signalisiere im Gespräch, einem schulmedizinischen Therapieversuch grundsätzlich offen gegenüber zu stehen, auch wenn sie der inneren Überzeugung sei, mit überwiegend anthroposophischen Massnahmen der Erkrankung Einhalt gebieten zu können. Subjektiv bestünden Gedächtnisstörungen und die Angabe, einen hohen Zeitaufwand für sämtliche Tätigkeit zu benötigen. Im Rahmen des Gutachtens sei eine kursorische verhaltensneurologische Untersuchung durchgeführt worden, welche keine Funktionsstörung habe nachweisen

können, was aber auf höherem Niveau eine kognitive Einbusse nicht ausschliesse. Eine detaillierte Untersuchung der neurokognitiven Funktionen, welche zur Abschätzung der kognitiven Ressourcen wichtig sei, mache erst nach etablierter dopaminergener Therapie Sinn, da auch die kognitiven Symptome durch die dopaminerge Therapie beeinflusst würden. Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit nahm die Gutachterin dahingehend Stellung, aufgrund der aktuellen Einbussen sei eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % zu attestieren. Wie sich die Arbeitsfähigkeit unter eingeleiteter dopaminergener Therapie entwickle, sei schwierig abzuschätzen. Nach etablierter Therapie müsste eine erneute neurologische und auch eine neuropsychologische Untersuchung erfolgen, um die Ressourcen unter leitliniengerechter Therapie dokumentieren zu können und basierend hierauf die Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf beurteilen zu können. Grundsätzlich sei – unabhängig vom Ausmass der Arbeitsunfähigkeit – bei der Parkinson-Erkrankung von einer erhöhten Ermüdbarkeit im Rahmen der Grund-erkrankung auszugehen. Entsprechend müsse auch eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit postuliert werden. Ohne dopaminerge Therapie sei die Arbeitsfähigkeit nicht gegeben. Unter dopaminergener Therapie müsste die Arbeitsfähigkeit neu beurteilt werden und idealerweise in einem Arbeitsversuch evaluiert werden. Im Rahmen der Parkinson-Erkrankung habe die Explorandin zunehmend Einbussen erlitten, eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe seit Juli 2017. Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit wurde dargelegt, die Tätigkeit dürfte keine körperlich anstrengende Betätigung beinhalten. Auch müsste ein regelmässiges Pausieren möglich sein. Aufgrund der aktuellen Einbussen sei auch in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % zu attestieren. Wie sich die Arbeitsfähigkeit unter eingeleiteter dopaminergener Therapie entwickle, müsste im Verlauf neu beurteilt werden. Dies sei schwierig abzuschätzen. Nach etablierter Therapie müsste eine erneute neurologische und auch eine neuropsychologische Untersuchung erfolgen, um die Ressourcen unter leitliniengerechter Therapie dokumentieren und basierend hierauf die Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf beurteilen zu können. Die neurologische Gutachterin äusserte sich zu medizinischen Massnahmen und Therapien mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wie folgt: Die Grunderkrankung könne therapeutisch mit einer dopaminergen Therapie kombiniert mit nicht medikamentösen Massnahmen beeinflusst werden. Entsprechend sei eine Besserung der Arbeitsfähigkeit denkbar. Eine Mitwirkungspflicht sollte von der Explorandin erwartet werden können. Gemäss aktueller Therapieleitlinien sollte die Therapie eines Parkinsonsyndromes rechtzeitig (d.h. bereits früh nach Diagnosestellung) und effizient (ausreichend dosiert) beginnen. Je nach Alter zum Zeitpunkt der Diagnoseformulierung, Komorbiditäten sowie Erkrankungsdauer würden vor Beginn der Therapie spezifische Therapieziele als relevant definiert (Therapie von motorischen und/oder autonomen Störungen; Therapie von psychologischen Symptomen der Erkrankung; Ziel der Erhaltung der Selbstständigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens und der Verhinderung einer drohenden Pflegebedürftigkeit; Erhaltung der Berufsfähigkeit). Für die medikamentöse Behandlung stünden zahlreiche Medikamente und Wirkstoffe zur Verfügung (Levodopa in Kombination mit einem Decarboxylasehemmer, Dopaminagonisten, MAO-B-Hemmer (Selegilin, Rasagilin), COMT-Inhibitoren (Entacapon, Tolcapon), NMDA-Antagonisten (Amantadin, Budipin), Anticholinergika). Im Falle der Explorandin biete sich aus neurologischer Sicht in erster Linie eine dopaminerge Therapie an (Levodopa, ggf. Kombination mit Dopaminagonisten oder MAO-B-Hemmer); in Abhängigkeit des Ansprechens der Symptome auf der Entwicklung der Therapieziele müsste die Medikation im Verlauf angepasst werden. Aus medizinisch neurologischer Sicht

entstehe in Zusammenschau der Symptome, der Klinik und der formulierten Diagnose keine Kontraindikation für diese medikamentösen Therapiemassnahmen (IV-Nr. 31). 5.7 Laut dem Bericht des Hausarztes vom 29. August 2018 ist der Gesundheitszustand der Patientin als gleichbleibend oder sich verschlechternd zu bezeichnen. Die Patientin versuche, den Status zu halten. Es seien ein langsamer Gang, eine stark verminderte Feinmotorik, eine schlechtere Grobmotorik, eine verminderte Kraft, eine schlechte Standfestigkeit sowie vermehrtes Zittern festzustellen. Schreiben sei kaum möglich und es sei für die Patientin schwer, Kleider anzulegen. Es bestehe auch eine geringe Stresstoleranz sowie eine Ermüdung in der Konzentration. Die Patientin könnte nicht allein leben und sei trotz der notwendigen Hilfen den ganzen Tag mit den alltäglichen Dingen voll beschäftigt. Es bestehe eine starke Einschränkung (IV-Nr. 28). 5.8 In ihrer Stellungnahme vom 8. November 2018 hielt die RAD-Ärztin Dr. med. F. ___ fest, der versicherungsmedizinische Sachverhalt sei im vorerwähnten neurologischen Gutachten vom 18. Juli 2018 gut zusammengefasst worden. Das neurologische Gutachten sei gut strukturiert und umfassend. Alle wesentlichen medizinischen Unterlagen seien von der Gutachterin zur Kenntnis genommen worden. Die geklagten Beschwerden seien allesamt berücksichtigt und es seien diesbezüglich eingehende fachärztliche Untersuchungen durchgeführt worden. Die Schlussfolgerungen seien nachvollziehbar medizinisch begründet und widerspruchsfrei. Auf das Gutachten könne abgestellt werden. Aktuell – ohne schulmedizinische leitliniengerechte medizinische Therapie, insbesondere ohne dopaminerge Medikation – sei seit Juli 2017 von keiner Arbeitsfähigkeit für jegliche Tätigkeit auszugehen. Aber durch eine regelrechte schulmedizinische Therapie sei von einer Besserung des klinischen Zustandsbildes auszugehen. Eine Mitwirkungspflicht der Explorandin könne diesbezüglich erwartet werden. Inwieweit die Arbeitsfähigkeit dadurch effektiv gewinne, könne zum aktuellen Zeitpunkt nicht abschliessend beurteilt werden. Nach erfolgter leitliniengerechter Therapie wäre der medizinische-neurologische und neuropsychologische Sachverhalt neu zu evaluieren. Aktuell sei somit von einer noch instabilen medizinischen Situation auszugehen, da die Versicherte nur eine medizinisch inadäquate Therapie durchführe. Es werde eine Auflage zur Mitwirkungspflicht empfohlen (IV-Nr. 35). 5.9 Dem Sprechstundenbericht des C. ___, Neurologie (Dr. med. D. ___, Leitende Ärztin), vom 23. Januar 2019 können folgende Hauptdiagnosen entnommen werden: «1. Parkinsonsyndrom, am ehesten idiopathisch (G 20), Motorische Symptome : Hypokinetisch rigid linksbetontes Extrapiramidalsyndrom, Nicht motorische Symptome: Erhöhte Miktionsfrequenz, subjektive kognitive Störung, MRI Hirn 09.06.2017: Keine strukturelle Pathologie, keine Anhaltspunkte auf atypisches Parkinsonsyndrom, Metabolische Abklärung (Morbus Wilson) nicht vorliegend, Keine dopaminerge medikamentöse Therapie, Ätiologisch DD idiopathisch, DD sekundär, Positive Familienanamnese; 2. Hashimoto-Thyreoiditis». Im Rahmen der Anamnese wurde ausgeführt, es sei auf das ärztliche Gutachten vom 18. Juli 2018 zu verweisen. Zwischenzeitlich berichte die Patientin eher über eine Stabilisierung der Symptomatik. Im Vergleich zur Anamnese, welche im Rahmen des Gutachtens dokumentiert sei, berichte sie, dass sie im Liegen deutlich weniger Muskelschmerzen erlebe. Ferner seien auch die Missempfindungen in den Füßen und Händen eher regredient und nach erfolgter Darmsanierung gelinge eine tägliche Defäkation. An Therapien nehme die Patientin derzeit alle 2 Wochen eine Physiotherapie wahr alternierend mit einer Myoreflextherapie alle 2 Wochen. Ferner finde auch eine Heileurythmie statt. An Infusionstherapien finde in ihrer Praxis eine wöchentliche Infusion mit Vitamin B12-Komplexen, Magnesium und Vitamin

C statt, daneben eine Naturheilkunde-orientierte Therapie. Die Patientin bringe einen Behandlungsbericht der M.____ (Internationales Kompetenzzentrum für Regulations- und Ursachen-Medizin) in die Sprechstunde mit. In diesem Bericht werde auf die durchgeführte Therapie eingegangen. Gegenstand der aktuellen Konsultation sei ein mögliches weiteres Vorgehen im Hinblick auf die Therapie des Morbus Parkinson. Die Patientin wolle anlässlich dieser Konsultation auch das neurologische Gutachten besprechen. Einzelne Punkte bespreche sie mit ihr. Ein neurologischer Untersuchungsbefund sei nicht durchgeführt worden. Unter dem Titel «Beurteilung/Procedere» wurde dargelegt, der Patientin sei hinsichtlich der therapeutischen Massnahmen des Morbus Parkinson bei bereits eingeleiteter nicht medikamentöser Therapie, welche die Patientin mit einer guten Therapieadhärenz durchführe, eine dopaminerge Therapie empfohlen worden. Man habe ausgeführt, dass dies den aktuellen Therapieleitlinien entspreche und es sei der Patientin empfohlen worden – sollte sie sich zu einer Therapie mit einer dopaminergen Substanz (beispielsweise Levodopa in Kombination mit einem Decarboxylasehemmer/Dopaminagonist/MAO-B-Hemmer) entscheiden –, dies unter stationären Bedingungen im C.____ einzuleiten. Die Patientin distanzieren sich derzeit von einer dopaminergen Therapie. Med. pract. E.____ werde als Hausarzt gebeten, die Patientin diesbezüglich ebenfalls zu beraten und mitzuteilen, falls sie sich zu dieser Therapie entscheiden sollte (IV-Nr. 43 S. 4 f.). 5.10 RAD-Ärztin Dr. med. G.____, Fachärztin Neurologie FMH, äusserte sich in ihrer Stellungnahme vom 11. Februar 2019 dahingehend, die Parkinsonerkrankung sei bislang nicht heilbar und auch eine frühzeitige Therapie könne nicht verhindern, dass die Krankheit fortschreite. Es sei jedoch festzuhalten, dass eine individuell zugeschnittene Behandlung sich günstig auf die Prognose auswirke. Die Lebensqualität steige deutlich. Die Versicherte habe sich seit der Diagnosestellung im Jahr 2017 nie schulmedizinisch behandeln lassen. Dr. med. D.____ führe in ihrem Gutachten aus, dass gemäss den aktuellen Therapieleitlinien die Therapie eines Parkinsonsyndroms rechtzeitig, d.h. möglichst früh nach Diagnosestellung und effizient, d.h. ausreichend dosiert erfolgen sollte. Für die medikamentöse Behandlung stünden zahlreiche Medikamente und Wirkstoffe zur Verfügung. Welcher Wirkstoff und welche Wirkstoffkombination eingesetzt werde, liege in der Hand des behandelnden Facharztes. Dieser berücksichtige für seine Therapieempfehlung die vorherrschenden Symptome, das Alter, allfällige Begleiterkrankungen, das psychosoziale Anforderungsprofil sowie das Wirkungs- und das Nebenwirkungsprofil der Substanz. Zusätzlich zur medikamentösen Behandlung werde in den Behandlungsrichtlinien Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie empfohlen. Aus medizinisch neurologischer Sicht entstehe in der Zusammenschau der Symptome, der Klinik und der Diagnose keine Kontraindikation für medikamentöse Therapiemassnahmen, d.h. solche seien der Versicherten medizinisch zumutbar. Durch eine fachneurologisch adäquate, d.h. durch eine auf schulmedizinischen Erkenntnissen beruhende, leitliniengerechte Therapie des Parkinsonsyndroms sei eine Verbesserung des Gesundheitszustands und eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit wahrscheinlich. Der Gesundheitsschaden und die Arbeitsfähigkeit könnten ohne leitliniengerechte Behandlung des Grundleidens nicht schlüssig beurteilt werden. Gestützt auf die Ausführungen der Gutachterin Dr. med. D.____ sei der Versicherten die medizinische Auflage gemacht worden, sich innerhalb der nächsten sechs Wochen in eine fachneurologisch adäquate Behandlung zu begeben und eine solche Behandlung über einen längeren Zeitraum von mindestens einem 1/2 bis 3/4 Jahr durchzuführen. Die Frist für die Angabe des behandelnden Arztes sei bis 31. Januar 2019 verlängert worden. Laut

Sprechstundenbericht von Dr. med. D.____ vom 23. Januar 2019 sei die Versicherte bei ihr in einer ambulanten neurologischen Konsultation gewesen. Die Versicherte sei vom Hausarzt zur eventuellen Therapieeinleitung zugewiesen worden. Sie berichte, dass sich ihr Zustand unter alternativer, naturheilkundlich orientierter Behandlung im vergangenen Jahr stabilisiert habe. Dies sei eine rein subjektive Einschätzung des Versicherten, Dr. med. D.____ habe die Versicherte nicht untersucht. Die Neurologin empfehle aber unverändert eine dopaminerge Behandlung gemäss den aktuellen Therapieleitlinien (z.B. mit Levodopa in Kombination mit einem Dopaminagonisten oder MAO-B-Hemmer). Die Versicherte lehne dieses Vorgehen weiterhin ab. Als Fazit sei festzuhalten, dass die Versicherte zwar innerhalb der geforderten Frist eine neurologische Konsultation wahrgenommen habe, die dringend empfohlene leitliniengerechte Behandlung habe sie aber abgelehnt. Diese Auflage sei somit nicht erfüllt worden. Zu den vom Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin gestellten Fragen nahm die RAD-Fachärztin dahingehend Stellung, die Versicherte zeige eine gute Therapieadhärenz für alternative, naturheilkundliche Behandlungen; der Aufforderung, sich einer schulmedizinischen, fachneurologischen, d.h. leitliniengerechten Therapie zu unterziehen, sei sie aber nicht nachgekommen. Zur Frage der Nebenwirkungen einer Dopaminbehandlung hielt die RAD-Ärztin fest, in erster Linie sei hier auf die in zahlreichen Zulassungsstudien nachgewiesene Wirksamkeit dopaminerger Substanzen im Vergleich zu Placebo hinzuweisen. Die Behandlung des Parkinsonsyndroms im Frühstadium umfasse differenzialtherapeutische Überlegungen unter den unterschiedlichen Fragestellungen. In der Differenzialtherapie müssten hier neben Dopaminagonisten auch MAO-B-Hemmer und Levodopa eingesetzt werden. Bezogen auf Dopaminagonisten heisse dies, dass eine geringere Wirksamkeit als mit Levodopa-Präparaten erreicht werde, eine geringere Verträglichkeit ebenfalls als bei Levodopa, wobei insbesondere Übelkeit, Müdigkeit, Blutdruckabfall, Mundtrockenheit und Benommenheit genannt würden. Im späteren Verlauf seien Wirkungsfluktuationen von Dyskinesien unter Dopaminagonisten seltener als unter Levodopa. Unter Sicherheitsaspekten seien irreversible Wirkungsfluktuationen deutlich häufiger unter Levodopa zu sehen. Angesichts der aktuellen Lebenserwartung sei, bezogen auf das Patientenalter, davon auszugehen, dass über das 80. Lebensjahr hinaus zu behandeln sei. Da motorische Fluktuationen nach zehn Jahren Levodopa-Therapie bei fast allen Patienten zu erwarten seien (gleiches gelte für Dyskinesien), sei bei jüngeren Patienten in der Differentialtherapie den Dopaminagonisten der Vorzug zu geben. Komorbiditäten träten häufiger in höherem Lebensalter auf, insbesondere Einschränkungen der kognitiven Leistungsfähigkeit und der Blutdruckregulation. Da die Nebenwirkungsrate von Dopaminagonisten in dieser Hinsicht höher sei, sei bei älteren Patienten Levodopa-Präparaten der Vorzug zu geben. Bezogen auf eine effektive Therapie sollte bei berufstätigen Menschen der psychosoziale Kontext insofern besondere Berücksichtigung finden, als eine vorzeitige Berentung vermieden werden sollte. Dies sei mit wirksameren Levodopa-Präparaten leichter zu erreichen. Die Frage, auf welches Ausmass sich die Arbeitsfähigkeit bei der Versicherten durch eine Dopaminbehandlung maximal steigern lasse, könne so nicht beantwortet werden. Mit grosser Wahrscheinlichkeit sei durch entsprechende Behandlung aber eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu erreichen. Explizite wissenschaftliche Daten zu dieser Fragestellung gebe es keine. Die Erfahrung zeige aber, dass Parkinsonbetroffene unter leitliniengerechter Behandlung länger im Erwerbsleben verbleiben könnten. Oftmals seien sie zu Beginn noch uneingeschränkt leistungsfähig. Im Verlauf der Krankheit komme es dann zwangsläufig zu einer Abnahme der Leistungsfähigkeit bis zum Verlust der Arbeitsfähigkeit. Dieser Verlauf

könne sich über mehrere Jahre bis Jahrzehnte erstrecken. Grundsätzlich gelte, je früher mit der Behandlung begonnen werde, desto besser gelinge es, den Betroffenen ein möglichst aktives Leben zu ermöglichen und die Lebensqualität lange zu erhalten. Mit einer effizienten Behandlung könnten die Symptome in der Regel über viele Jahre sehr gut behandelt werden (IV-Nr. 45).

5.11 Dem im vorliegenden Beschwerdeverfahren eingereichten Bericht des H.____, Klinik für Neurologie (Prof. Dr. med. J.____, Oberärztin Neurologie; Dr. med. K.____, Leitende Ärztin) vom 26. August 2020 können folgende Hauptdiagnosen entnommen werden: «Idiopathischer M. Parkinson (G20.10), UK Parkinson's Disease Society Brain Bank Clinical Diagnostic Criteria (UKPDSBBCD) erfüllt mit Hypokinese, posturaler Instabilität, Rigor sowie des mittelfrequenten Ruhe-Tremors, einem unilateralen Beginn, dem Ansprechen auf L-Dopa Therapie und auch den fehlenden Ausschlusskriterien; Hoehn & Yahr (modifiziert) Stadium IV, Erstdiagnose 2017 mit UPDRS motorisch 18 Punkte, Behandlung mit Madopar CR seit dem 30.7.2020». Im Rahmen der Anamnese wurde angegeben, die Patientin habe sich mit einer schweren Parkinson Symptomatik am 30.7.2020 vorgestellt. Die damalige Untersuchung habe eine schwere Immobilität gezeigt, eine hohe Sturzgefährdung sowie eine kognitive Verlangsamung als Folge des dopaminergen Defizites. Insgesamt habe dies zu einer Pflegebedürftigkeit geführt. Unter inzwischen begonnener Anti-Parkinson-Therapie hätten die Motorik, das Gleichgewicht sowie die Kognition inzwischen bereits verbessert werden können, wobei man nun in regelmässigen Konsultationen weitere Therapieanpassungen vornehme. Aufgrund der Nebenwirkung der Therapie könne eine Aufdosierung nur langsam erfolgen. Aufgrund der Eigenanamnese wie auch der Schilderungen des Partners zeige die Patientin Therapietreue und einen positiven Umgang mit den berichteten Nebenwirkungen (A.S. 54 f.).

5.12 Im vorliegend jüngsten, am 10. November 2020 nachgereichten Bericht des H.____, Klinik für Neurologie, vom 24. Oktober 2020 wurde folgende Hauptdiagnosen angegeben: «Idiopathischer M. Parkinson (G20.10), UK Parkinson's Disease Society Brain Bank Clinical Diagnostic Criteria (UKPDSBBCD) erfüllt mit Hypokinese, posturaler Instabilität, Rigor sowie des mittelfrequenten Ruhe-Tremors, einem unilateralen Beginn, dem Ansprechen auf L-Dopa Therapie und auch den fehlenden Ausschlusskriterien; Aktuell Hoehn & Yahr (modifiziert) Stadium IV ohne Behandlung, Hoehn & Yahr (modifiziert) Stadium III unter Behandlung; Erstdiagnose 2017 mit UPDRS motorisch 18 Punkte, Behandlung mit Dopaminergen Substanzen mit ersten Erfolgen». Im Weiteren wurde dargelegt, unter inzwischen begonnener Anti-Parkinson-Therapie hätten Verbesserungen erreicht werden können, wobei nun in regelmässigen Konsultationen weitere Therapieanpassungen vorgenommen worden seien, so am 12. und 26. August, 10. September und 14. Oktober 2020. Dazwischen bestehe ein reger E-Mail-Austausch, in dem die Patientin aktuelle Symptome beschreibe, was über das regelmässig geführte Tagebuch therapeutische Anpassungen auch zwischen den einzelnen Terminen ermögliche. Anpassungen könnten aufgrund der Nebenwirkungen der Therapie wie auch des individuellen Ansprechens auf die Therapie aber nur langsam durchgeführt werden, das Potential sei noch längst nicht ausgeschöpft. Aufgrund der Eigenanamnese wie auch der Schilderungen des Partners zeige die Patientin Therapietreue und einen guten Umgang mit den berichteten Nebenwirkungen. Im Weiteren führte die behandelnde Fachärztin aus, im Vergleich zur Erstkonsultation am 30. Juli 2020 sei es gelungen, unter der aktuellen Therapie eine Verbesserung der Motorik zu erreichen, mit einem etwas flüssigeren Gangbild bei fast normaler Geschwindigkeit. Aufgrund der verbesserten Mobilität sehe man die Sturzgefährdung als deutlich reduziert an. Störend seien

therapiebedingt aufgetretene Überbewegungen (Dyskinesien), die zu muskulo-skelettaler Überlastung mit Schmerzen führe. Die Patientin sei inzwischen wieder in der Lage, die Basisdinge im Alltag selber zu erledigen. Dabei beeinträchtigten aber die Symptome der Erkrankung weiterhin, wobei aktuell nicht-motorische Symptome der Parkinsonerkrankung im Vordergrund stünden: Die Patientin berichte über eine mentale körperliche Erschöpfung, die vor allem bei Aufgaben, die eine mentale Flexibilität und Schnelligkeit erforderten, nach kurzer Zeit, ca. 10 Minuten, auftrete. Die körperliche Erschöpfung sei u.a. als Folge der Ein- und Durchschlafschwierigkeiten wie auch der nun häufig auftretenden Dyskinesien zu werten. Die mentale Erschöpfung sei bei mehrere Jahre bestehender Parkinsonerkrankung ein häufiges Phänomen, unabhängig von der Einstellung der motorischen Parkinsonsymptome. Die nicht mehr automatisierten Bewegungsabläufe, das sich auf jeden Schritt konzentrieren müssen, erfordere Energie und führe zur Ermüdung. Man finde bei der Patientin keine Hinweise auf eine affektive Störung, welche die Symptomatik verstärken würde. Ein ebenfalls typisches Phänomen sei eine Stressintoleranz mit schlechterem Funktionieren unter Druck. Eine Arbeitsfähigkeit sei somit nach wie vor nicht gegeben trotz maximaler Anstrengung bezüglich Optimieren der Therapie sowohl seitens der Patientin als auch seitens der behandelnden Ärzte (BB 5). 6.

E. 3

Wie beurteilen Sie bis heute die Mitwirkung der Versicherten?

E. 4

Die IV-Ärztinnen, Dr. F.____ und Dr. G.____, seien gerichtlich aufzufordern, zur Frage der gravierenden Nebenwirkungen der Parkinson-Medikamente Stalevo, Levodopa, Madopar und Requip schriftlich Stellung zu nehmen und eine Erklärung derart abzugeben, dass sie die Haftung für allfällige Folgeschäden übernehmen, die durch die Nebenwirkungen der aufgeführten Medikamente bei der Beschwerdeführerin und bei Dritten dereinst eintreten können.

E. 4.5

hiervor). Hierzu hielt die neurologische Gutachterin Dr. med. D.____ in ihrem Gutachten vom 18. Juli 2018 (Untersuchung vom 11. Juli 2018) fest, es sei schwierig abzuschätzen, wie sich die aufgrund der aktuellen Einbussen bestehende vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit unter eingeleiteter dopaminergener Therapie entwickeln würde. Nach etablierter Therapie müsste eine erneute neurologische und auch eine neuropsychologische Untersuchung erfolgen, um die Ressourcen unter leitliniengerechter Therapie dokumentieren und darauf basierend die Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf als Lehrerin beurteilen zu können. Die Fachärztin stellte klar, ohne dopaminerge Therapie sei die Arbeitsfähigkeit nicht gegeben, unter dopaminergener Therapie müsste die Arbeitsfähigkeit neu beurteilt und idealerweise in einem Arbeitsversuch evaluiert werden. Die Grunderkrankung könne therapeutisch mit einer dopaminergen Therapie kombiniert mit nicht medikamentösen Massnahmen beeinflusst werden. Entsprechend sei eine Besserung der Arbeitsfähigkeit denkbar (IV-Nr. 31 S. 17 ff.; vgl. E. II. 5.6 hiervor). Diese Auffassung vertritt auch die RAD- und Fachärztin Dr. med. G.____ in ihrer Stellungnahme vom 11. Februar 2019, wonach die Parkinsonerkrankung bislang nicht heilbar sei und auch eine frühzeitige Therapie nicht verhindern könne, dass die Krankheit fortschreite. Es sei aber festzuhalten, dass eine individuell zugeschnittene Behandlung sich günstig auf die Prognose auswirke und die Lebensqualität dadurch deutlich gesteigert werde. Durch eine

fachneurologisch adäquate, d.h. eine auf schulmedizinischen Erkenntnissen beruhende, leitliniengerechte Therapie des Parkinsonsyndroms sei eine Verbesserung des Gesundheitszustands und eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit wahrscheinlich. Die vom Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin gestellte Frage, auf welches Ausmass sich die Arbeitsfähigkeit durch eine Dopaminbehandlung maximal steigern lasse (vgl. IV-Nr. 43 S. 2 Ziff. 3), beantwortete Dr. med. G.____ dahingehend, diese Frage könne so nicht beantwortet werden. Mit grosser Wahrscheinlichkeit sei durch eine entsprechende Behandlung aber eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu erreichen. Explizite wissenschaftliche Daten zu dieser Fragestellung gebe es zwar keine, die Erfahrung zeige aber, dass Parkinsonbetroffene unter leitliniengerechter Behandlung länger im Erwerbsleben verbleiben könnten. Oftmals seien sie zu Beginn noch uneingeschränkt leistungsfähig. Im Verlauf der Krankheit komme es dann zwangsläufig zu einer Abnahme der Leistungsfähigkeit bis zum Verlust der Arbeitsfähigkeit. Dieser Verlauf könne sich über mehrere Jahre bis Jahrzehnte erstrecken. Grundsätzlich gelte, je früher mit der Behandlung begonnen werde, desto besser gelinge es den Betroffenen, ein möglichst aktives Leben zu führen und die Lebensqualität lange zu erhalten. Mit einer effizienten Behandlung könnten die Symptome in der Regel über viele Jahre sehr gut behandelt werden (IV-Nr. 45; vgl. E. II. 5.10 hiervor). Diese Beurteilung der erwähnten Fachärzte steht auch in Übereinstimmung mit den Angaben des behandelnden Neurologen Dr. med. I.____, welcher der Beschwerdeführerin ebenfalls eine dopaminerge Therapie empfahl (vgl. Bericht vom 13. Juni 2017 [IV-Nr. 14 S. 2]; E. II. 5.1 hiervor) und darauf hinwies, es sollte eine medikamentöse Behandlung des Parkinsonsyndromes eingeleitet werden, da dadurch zwar kaum mit einer Normalisierung, jedoch mit einer gewissen Verbesserung der Arbeitsfähigkeit gerechnet werden könne (vgl. Bericht vom 24. August 2017 [IV-Nr. 16 S. 3]; E. II. 5.2 hiervor). Schliesslich hielt die Gutachterin Dr. med. D.____ auch in ihrem Bericht vom 29. Januar 2019 (Sprechstundenbericht vom 23. Januar 2019) erneut fest, der Beschwerdeführerin sei – bei bereits eingeleiteter nicht medikamentöser Therapie, welche die Beschwerdeführerin mit einer guten Therapieadhärenz durchführe – eine dopaminerge Therapie empfohlen worden. Dies entspreche den aktuellen Therapieleitlinien und es sei ihr – sollte sie sich zu einer Therapie mit einer dopaminergen Substanz (beispielsweise Levodopa in Kombination mit einem Decarboxylasehemmer/Dopaminagonist/MAO-B-Hemmer) entscheiden – empfohlen worden, dies unter stationären Bedingungen im C.____ einzuleiten (IV-Nr. 43 S. 5; vgl. E. II. 5.9 hiervor). Nach dem Gesagten sprechen sich die vorliegend involvierten Fachärzte somit übereinstimmend dafür aus, dass nach eingeleiteter dopaminergener Therapie kombiniert mit nicht medikamentösen Massnahmen mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit die aktuell bestehende Arbeitsunfähigkeit günstig beeinflusst und damit zumindest für eine gewisse Zeit eine Teilarbeitsfähigkeit erreicht und erhalten werden könnte. Hinweise, dass eine dopaminerge Therapie nicht erfolgreich oder sogar kontraindiziert sein könnte, sind nicht ersichtlich. So führte die Gutachterin und behandelnde Fachärztin Dr. med. D.____ detailliert aus, im Falle der Beschwerdeführerin biete sich in erster Linie eine dopaminerge Therapie an (Levodopa, gegebenenfalls Kombination mit Dopaminagonisten oder MAO-B-Hemmer); in Abhängigkeit des Ansprechens der Symptome auf der Entwicklung der Therapieziele müsste die Medikation im Verlauf angepasst werden. In der Zusammenschau der Symptome, der Klinik und der formulierten Diagnose bestehe keine Kontraindikation für diese medikamentösen Massnahmen (IV-Nr. 31 S. 19; vgl. E. II. 5.6 hiervor). Die Frage, in welchem Ausmass sich die Arbeitsfähigkeit durch eine

Dopaminbehandlung maximal steigern lässt, kann nach den fachärztlichen Angaben nicht beantwortet werden. Eine genaue Antwort auf diese Frage – wie sie bei derartigen prognostischen Aussagen ohnehin selten möglich ist – ist jedoch auch nicht notwendig, da es genügt, dass die fragliche Dopaminbehandlung geeignet ist, eine wesentliche Steigerung der Arbeitsfähigkeit zu bewirken, und hierfür auch eine gewisse Wahrscheinlichkeit besteht (vgl. Urteil des Bundesgerichtsgerichts 8C_865/2017 vom 19. Oktober 2018 E. 3.3 mit Hinweis). Diese Voraussetzungen sind hier aufgrund der vorerwähnten fachärztlichen Angaben erfüllt. Der Einwand der Beschwerdeführerin, eine nachhaltige und wesentliche Verbesserung der Arbeitsfähigkeit lasse sich mit der fraglichen Behandlung nicht erreichen, weil diese Erkrankung trotz intensiver Pharmakotherapie nicht aufgehalten werden könne (vgl. Beschwerde, S. 11 Ziff. 6), ist nicht stichhaltig. Nach den fachärztlichen Angaben von Dr. med. G. ___ lassen sich Symptome und Lebensqualität in der Regel nicht nur für eine kurze Zeit bessern. Gemäss ihren überzeugenden Ausführungen in ihrer Stellungnahme vom 11. Februar 2019 zeigt die Erfahrung, dass Parkinsonbetroffene unter leitliniengerechter Behandlung in der Lage seien, länger im Erwerbsleben zu verbleiben. Grundsätzlich gelte, je früher mit der Behandlung begonnen werde, desto besser gelinge es, den Betroffenen ein möglichst aktives Leben zu ermöglichen und die Lebensqualität lange zu erhalten. Mit einer effizienten Behandlung könnten die Symptome in der Regel über viele Jahre sehr gut behandelt werden (IV-Nr. 45 S. 3; vgl. E. II. 5.10 hiervor). Darauf ist abzustellen. 6.3 Wie oben (unter E. II. 4.5 hiervor) erwähnt, bedarf es nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts nicht eines strikten Beweises, dass die verweigerte Massnahme tatsächlich zum erwarteten Erfolg geführt hätte, sondern es genügt, wenn die Vorkehr mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit erfolgreich gewesen wäre (Urteile des Bundesgerichts 9C_155/2019 vom 24. Juni 2019 E. 2.2.2 und 8C_865/2017 vom 19. Oktober 2018 E. 3.3, je mit Hinweisen). Der erforderliche Grad an Wahrscheinlichkeit ist unter Berücksichtigung der Schwere des mit der Massnahme verbundenen Eingriffs in Persönlichkeitsrechte zu beurteilen: Bei therapeutischen Massnahmen, welche mit einem nur geringen Eingriff verbunden sind, dürfen an die Wahrscheinlichkeit der zu erwartenden Besserung keine hohen Anforderungen gestellt werden. Ist der Eingriff erheblich (beispielsweise bei einer wirbelsäulenorthopädischen Operation), wird eine höhere Wahrscheinlichkeit, aber nicht ein sicherer Erfolg verlangt (Urteil des Bundesgerichts 9C_671/2016 vom 20. März 2017 E. 4.1.1 mit Hinweisen). Die Gutachterin Dr. med. D. ___ legte in diesem Zusammenhang in ihrem neurologischen Gutachten vom 18. Juli 2018 dar, die Grunderkrankung könne therapeutisch mit einer dopaminergen Therapie – kombiniert mit nicht medikamentösen Massnahmen – beeinflusst werden. Entsprechend sei eine Besserung der Arbeitsfähigkeit denkbar. Die Erfüllung der Mitwirkungspflicht sollte von der Beschwerdeführerin erwartet werden können. Gemäss den aktuellen Therapieleitlinien sollte die Therapie eines Parkinsonsyndroms rechtzeitig (d.h. bereits früh nach der Diagnosestellung) und effizient (ausreichend dosiert) beginnen. Je nach Alter zum Zeitpunkt der Diagnoseformulierung, der Komorbiditäten sowie der Erkrankungsdauer definiere man vor Beginn der Therapie spezifische relevante Therapieziele (Therapie von motorischen und/oder autonomen Störungen; Therapie von psychologischen Symptomen der Erkrankung; Ziel der Erhaltung der Selbstständigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens und der Verhinderung einer drohenden Pflegebedürftigkeit; Erhaltung der Berufsfähigkeit). Für die medikamentöse Behandlung stünden zahlreiche Medikamente und Wirkstoffe zur Verfügung. Im Fall der Beschwerdeführerin biete sich in erster Linie eine dopaminerge Therapie an (Levodopa, gegebenenfalls Kombination mit Dopaminagonisten

oder MAO-B-Hemmer), wobei die Medikation in Abhängigkeit des Ansprechens der Symptome auf die Entwicklung der Therapieziele im Verlauf angepasst werden müsste. Aus medizinisch neurologischer Sicht entstehe in der Zusammenschau der Symptome, der Klinik und der formulierten Diagnose keine Kontraindikation für diese medikamentösen Therapiemassnahmen (IV-Nr. 31 S. 19; vgl. E. II. 5.6 hiervor). Den fachärztlichen Ausführungen der neurologischen Gutachterin kann somit nichts entnommen werden, was auf erhebliche, aussergewöhnliche Risiken der Therapien hindeuten würde. Zur von der Beschwerdeführerin aufgeworfenen Frage nach den Nebenwirkungen bei einer Dopaminbehandlung äusserte sie die Neurologin des RAD, Dr. med. G.____, dahingehend, die Behandlung des Parkinsonsyndroms im Frühstadium umfasse differenzialtherapeutische Überlegungen bei unterschiedlichen Fragestellungen. In der Differenzialtherapie müssten hier neben Dopaminagonisten auch MAO-B-Hemmer und Levodopa eingesetzt werden. Bezogen auf Dopaminagonisten heisse dies, dass eine geringere Wirksamkeit und eine geringere Verträglichkeit als mit Levodopa-Präparaten erreicht würden, wobei hier insbesondere Übelkeit, Müdigkeit, Blutdruckabfall, Mundtrockenheit und Benommenheit zu nennen seien. Im späteren Verlauf seien Wirkungsfluktuationen von Dyskinesien (Störung des Bewegungsablaufs) unter Dopaminagonisten seltener als unter Levodopa. Unter Sicherheitsaspekten seien irreversible Wirkungsfluktuationen deutlich häufiger unter Levodopa zu sehen. Da motorische Fluktuationen nach zehn Jahren Levodopa-Therapien bei fast allen Patienten zu erwarten seien (gleiches gelte für Dyskinesien), sei bei jüngeren Patienten in der Differenzialtherapie den Dopaminagonisten der Vorzug zu geben. Komorbiditäten würden häufiger in höherem Lebensalter auftreten, insbesondere Einschränkungen der kognitiven Leistungsfähigkeit und der Blutdruckregulation. Da die Nebenwirkungsrate von Dopaminagonisten in dieser Hinsicht höher sei, sei bei älteren Patienten Levodopa-Präparaten der Vorzug zu geben (IV-Nr. 45 S. 2 f.; E. II. 5.10 hiervor). Angesichts dieser fachärztlichen Ausführungen kann bei der von sämtlichen Fachärzten empfohlenen Dopaminbehandlung nicht von einer wesentlichen Gefahr für einen Gesundheitsschaden aufgrund von Nebenwirkungen gesprochen werden. Dies wird vor allem dadurch gewährleistet, dass die medikamentöse Therapie unter stationären Bedingungen eingeleitet, die Beschwerdeführerin weiterhin engmaschig ärztlich kontrolliert und die medikamentöse Behandlung je nach Verlauf angepasst werden kann. Es handelt sich bei der zur Diskussion stehenden Therapie – auch unter Berücksichtigung der vorerwähnten Nebenwirkungen – um einen nicht besonders erheblichen Eingriff in die Persönlichkeitsrechte der Beschwerdeführerin. Dass sie sich anthroposophisch/alternativmedizinisch behandeln lassen will und eine Dopaminbehandlung aufgrund ihrer Lebenseinstellung und Überzeugung grundsätzlich ablehnt (vgl. Gesprächsprotokoll Intake vom 17. August 2017 [IV-Nr. 12 S. 3] und Stellungnahme vom 18. Oktober 2018 [IV-Nr. 34.1]), führt zu keinem anderen Ergebnis. Dem Einwand der Beschwerdeführerin, im spezialärztlichen Bericht vom 23. Januar 2019 sei ihr Gesundheitszustand bereits als stabilisiert beschrieben worden und eine stabilisierte Situation sollte nicht destabilisiert werden (vgl. Beschwerde, S. 11 Ziff. 6), kann nicht gefolgt werden. Dr. med. D.____ gab in ihrem Bericht vom 23. Januar 2019 zur Anamnese vielmehr an, zwischenzeitlich habe die Beschwerdeführerin eher über eine Stabilisierung der Symptomatik berichtet. In Übereinstimmung mit der Auffassung von Dr. med. G.____ ist dabei von einer rein subjektiven Einschätzung der Beschwerdeführerin auszugehen, auf welche nicht abgestellt werden kann; die neurologische Gutachterin empfahl auch in diesem Sprechstundenbericht nach wie vor eine dopaminerge Behandlung gemäss den aktuellen

Therapieleitlinien, was die Beschwerdeführerin jedoch weiterhin ablehnte (vgl. IV-Nr. 43 S. 4 f. und 45 S. 2). Nach dem Gesagten sind im Lichte der oben (unter E. II. 4. hiervor) dargelegten Rechtsprechungsgrundsätze keine hohen Anforderungen an die Wahrscheinlichkeit der durch die medikamentöse Therapie zu erwartenden Besserung der Arbeitsfähigkeit zu stellen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_671/2016 vom 20. März 2017 E. 4.1 mit Hinweisen). Diese ist angesichts der vorstehenden fachärztlichen Ausführungen zu bejahen. 6.4 Die Beschwerdeführerin rügt im Weiteren die Bejahung des Kriteriums der Zumutbarkeit der angemahnten Dopaminbehandlung. Dazu ist zunächst festzuhalten, dass die Anforderungen an die Schadenminderungspflicht rechtsprechungsgemäss dort strenger sind, wo eine erhöhte Inanspruchnahme der Invalidenversicherung in Frage steht, namentlich wenn der Verzicht auf schadenmindernde Vorkehren Rentenleistungen auslöst (vgl. E. II. 4.3 hiervor). Da die Beschwerdeführerin eine Invalidenrente (sowie eine Hilflosenentschädigung) geltend macht, obliegt ihr somit eine strengere Schadenminderungspflicht. Die Beschwerdeführerin wendet ein, die fragliche medikamentöse Behandlung sei nach den Angaben von Dr. med. G.____ mit besonderen Risiken (Übelkeit, Müdigkeit, Blutdruckabfall, Einschränkungen der Blutdruckregulation, Mundtrockenheit, Benommenheit, Einschränkungen der kognitiven Leistungsfähigkeit und irreversible Wirkungsflektuationen) verbunden (Beschwerde S. 12 Ziff. 7). Im Weiteren verweist sie auf die Nebenwirkungen der Parkinson-Medikamente «Levodopa», «Madopar» und «Stalevo», wie sie auf den Beipackzetteln beschrieben worden sind (vgl. IV-Nr. 51 S. 19 ff). Diese Nebenwirkungen hätten erhebliches Schadenpotential und seien als unberechenbar und nicht planbar einzustufen. Einem potentiellen Arbeitgeber wäre eine solche «tickende Zeitbombe» nicht zuzumuten. Damit sei klar, dass eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit mit diesen Nebenwirkungen mit Sicherheit nicht erreicht werden könne (vgl. Beschwerde, S. 13 Ziff. 7). Es gilt diesbezüglich – wie (oben unter E. II. 4.3 hiervor) erwähnt – darauf hinzuweisen, dass grundsätzlich jede Massnahme als zumutbar gilt, die der Eingliederung ins Erwerbsleben dient. Nach der Rechtsprechung ist die fortgesetzte Krankheitsbehandlung, die insbesondere auch die dauernde Einnahme ärztlich verschriebener Medikamente umfasst, in aller Regel eine jederzeit zumutbare Form allgemeiner Schadenminderung; dazu zählt auch die dauernde Einnahme von ärztlich verschriebenen Schmerzmitteln, selbst wenn diese mit Nebenwirkungen verbunden ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_741/2018 vom 22. Mai 2019 E. 4.1 mit Hinweis). Vorliegend kann – auch unter Berücksichtigung der vorerwähnten Nebenwirkungen – nicht von einer Unzumutbarkeit der fraglichen Dopaminbehandlung ausgegangen werden. Wie erwähnt wurde diese Behandlung von sämtlichen involvierten Fachärzten als indiziert und erfolgversprechend eingestuft und dementsprechend der Beschwerdeführerin auch empfohlen. Eine Kontraindikation für diese medikamentöse Therapiemassnahme wurde von der neurologischen Gutachterin in der Zusammenschau der Symptome, der Klinik und der formulierten Diagnosen ausdrücklich verneint (vgl. IV-Nr. 31 S. 19; vgl. E. II. 5.6 hiervor). Demnach vermag die Beschwerdeführerin eine Unzumutbarkeit der dopaminergen Therapie nicht zu beweisen. Ihre Weigerung, mit einer medikamentösen Behandlung zu beginnen, lässt sich nicht mit ihrem Wunsch nach einer anthroposophischen/alternativmedizinischen Behandlung rechtfertigen. Es gilt in diesem Zusammenhang dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die Beschwerdeführerin in Anbetracht der von ihr angebotenen Leistungen (Invalidenrente und Hilflosenentschädigung) in verstärktem Masse verpflichtet ist, sich schadenmindernd zu verhalten. 6.5 Mit der Eingabe vom 10. November 2020 liess die Beschwerdeführerin einen Bericht des H.____

vom 24. Oktober 2020 einreichen. Daraus geht hervor, dass am 30. Juli 2020 eine Behandlung mit dopaminergen Substanzen (Madopar [Levodopa], Neupro [Rotigotin]; vgl. auch Arztbericht des H.____ vom 26. August 2020, A.S. 49 ff.) mit ersten Erfolgen begonnen wurde. Prof. Dr. med. J.____ und Dr. med. K.____ stellten fest, unter inzwischen begonnener Anti-Parkinson-Therapie hätten die Motorik, das Gleichgewicht sowie die Kognition der Patientin bereits verbessert werden können, wobei nun in regelmässigen Konsultationen weitere Therapieanpassungen vorzunehmen seien. Die behandelnden Ärztinnen hielten abschliessend fest, trotz maximaler Anstrengung bezüglich des Optimierens der Therapie seitens der Patientin sowie seitens der behandelnden Ärztinnen sei es bisher nicht zu einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit gekommen (vgl. E. II. 5.11 f. hiervor). Die Beschwerdeführerin macht geltend, damit habe sie den Nachweis dafür geliefert, dass die dopaminerge Therapie, welche von der Beschwerdegegnerin verlangt worden sei, nicht geeignet sei, die Arbeitsfähigkeit erheblich zu verbessern (vgl. Protokoll vom 7. Dezember 2020, S. 3, A.S. 62). Für die Beurteilung der Frage, ob eine Therapie mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit geeignet ist, eine erhebliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit zu bewirken, ist eine prospektive Betrachtungsweise massgebend. Entscheidend ist, ob aus damaliger Sicht eine solche Wahrscheinlichkeit gegeben war. Dies ist hier, wie in den vorstehenden Erwägungen dargelegt, zu bejahen. Wenn sich die versicherte Person erst nach der Leistungseinstellung oder –kürzung der angeordneten Massnahme unterzieht und sich dabei herausstellt, dass diese nicht zu einer Minderung des Schadens führt, bleibt es bei der auf der Grundlage der prospektiven Beurteilung verfügbaren Sanktion. Die versicherte Person kann aber ein neues Leistungsgesuch mit Wirkung für die Zukunft stellen (Andreas Brunner/Doris Vollenweider, Basler Kommentar zum ATSG, 2020, Art. 21 N 78, mit Hinweis auf das Urteil des Bundesgerichts 8C_128/2007 vom 14. Januar 2008). Es ist fraglich, ob aus dem eingereichten Bericht vom 24. Oktober 2020, der nach einer Behandlungsdauer von lediglich knapp drei Monaten erstattet wurde, bereits der Schluss gezogen werden kann, die Behandlung vermöge auch mittel- und längerfristig nicht zu einer erheblichen Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu führen. Selbst wenn aber dieser Schluss zu ziehen wäre, würde dies deshalb nichts an der Zulässigkeit der Leistungsverweigerung ändern, da für deren Überprüfung von einer prospektiven Betrachtungsweise auszugehen ist. Es kommt hinzu, dass – wie sich aus den zitierten ärztlichen Stellungnahmen ergibt – die Erfolgsaussichten höher sind, je früher die Behandlung begonnen wird. Selbst wenn die inzwischen mit fast zweijähriger Verzögerung begonnene Therapie nicht zum gewünschten Erfolg führen sollte, liesse sich daraus nicht ableiten, wie es sich verhalten hätte, wenn die Beschwerdeführerin schon früher damit begonnen hätte. Deshalb ist dem an der Verhandlung vom 30. November 2020 gestellten Antrag, der nunmehr behandelnden Neurologin seien Fragen zur laufenden Behandlung zu unterbreiten, nicht stattzugeben. 7. Nach dem Gesagten muss sich die Beschwerdeführerin entgegenhalten lassen, dass sie angesichts der bis Ende Juli 2020 verweigerten Aufnahme der fachärztlich empfohlenen und zumutbaren dopaminergen Therapie der ihr obliegenden Schadenminderungspflicht nicht nachgekommen ist. Im Folgenden ist zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Sie weist darauf hin, sie sei spätestens seit Juli 2017 in ihrer Arbeitsfähigkeit krankheitsbedingt und gutachterlich nachgewiesen zu 100 % eingeschränkt. Aus den Akten ergebe sich eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bereits ab Februar 2017. Für den Zeitraum vor der angefochtenen Verfügung bestehe ein Anspruch auf eine temporäre Rente (vgl. Beschwerde, S. 9 f. Ziff. 5; A.S. 16 f.). 7.1 Das Bundesgericht hat wiederholt unter

Hinweis auf BGE 127 V 294 E. 4c S. 298 bekräftigt, dass in der Invalidenversicherung die Therapierbarkeit eines Leidens dem Eintritt einer rentenbegründenden Invalidität nicht absolut entgegensteht. Denn die Behandelbarkeit, für sich allein betrachtet, sagt nichts über den invalidisierenden Charakter einer psychischen Störung aus (BGE 143 V 409 E. 4.2.1 S. 412 f.). Die Therapierbarkeit vermag keine abschliessende evidente Aussage über das Gesamtmass der Beeinträchtigung und deren Relevanz im invalidenversicherungsrechtlichen Kontext zu liefern. Einen Gesundheitsschaden allein gestützt auf das Argument der fehlenden Therapieresistenz unbesehen seiner funktionellen Auswirkungen als invalidenversicherungsrechtlich nicht relevant einzustufen, mit der Konsequenz eines Ausschlusses von Rentenleistungen, ist weder sachlich geboten noch medizinisch abgestützt (BGE 143 V 409 E. 4.4 S. 415). Damit hat das Bundesgericht klargestellt, dass die Therapierbarkeit bzw. Behandelbarkeit eines Leidens einen Rentenanspruch nicht absolut ausschliesst. Sind die gesetzlichen Voraussetzungen (Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % während eines Jahres, Invaliditätsgrad mindestens 40 % am Ende des Wartejahres [Art. 28 Abs. 1 IVG]; vgl. E. II. 2.1 hiervor) erfüllt, entsteht der Rentenanspruch grundsätzlich auch dann, wenn von einer Behandlung eine Verbesserung erwartet werden kann. Bei einer Verletzung der Schadenminderungspflicht kommt aber eine Befristung der Rente infrage. Dieses Konzept wurde in jüngerer Zeit vor allem mit Blick auf die neue Suchtrechtsprechung (BGE 145 V 215) relevant (vgl. z.B. Urteil des Bundesgerichts 9C_618/2019 vom 16. März 2020 E. 10 und 9C_309/2019 vom 7. November 2019 E. 4.2.2 und 4.3.1, je mit Hinweisen). Bei einer organischen Gesundheitsschädigung wie dem hier zur Diskussion stehenden Parkinsonsyndrom kann nichts anderes gelten. Wenn ein medizinisches Gutachten die versicherte Person als arbeitsunfähig erklärt, aber gleichzeitig festhält, dass nach durchgeführter erfolgreicher Eingliederung wieder eine deutlich bessere Arbeitsfähigkeit erreichbar sein sollte, ist die versicherte Person aufgrund der Schadenminderungspflicht aufzufordern, sich einer Behandlung oder Eingliederungsmassnahme zu unterziehen. Dazu ist ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchzuführen. Verweigert sich die versicherte Person dieser Massnahme, kann dies zu einer Sanktion gestützt auf Art. 21 Abs. 4 ATSG führen. Der Anspruch auf eine Rente ist aber so lange nicht ausgeschlossen, als die bestehende Erwerbsunfähigkeit nicht (oder noch nicht) mit geeigneten Eingliederungsmassnahmen tatsächlich behoben oder in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise verringert werden könnte. Ein Zustand, wie er bei Ausschöpfung aller zumutbaren, schadenmindernden Vorkehren erreicht werden könnte, ist nur anrechenbar, wenn das Mahn- und Bedenkzeitverfahren nach Art. 21 Abs. 4 ATSG durchgeführt wurde (Brunner/Vollenweider, a.a.O., Art. 21 ATSG N 101).

7.2 Im vorliegenden Fall meldete sich die Beschwerdeführerin am 12. Juli 2017 bei der Beschwerdegegnerin zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 2). Der Hausarzt med. pract. E. ___ attestierte eine dauernde Arbeitsunfähigkeit von 60 % (bezogen auf eine 68%-Stelle) ab dem 20. Februar 2017, eine solche von 80 % ab dem 1. August 2017 und eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 23. Oktober 2017 bis 18. Februar 2018 (vgl. IV-Nr. 7, 17 S. 1 und 20 S. 1). Der behandelnde Neurologe Dr. med. I. ___ gab eine Arbeits(un)fähigkeit als Lehrerin von 50 % seit Juni 2017 bis auf weiteres an (IV-Nr. 16 S. 1) und nach den Angaben der neurologischen Gutachterin Dr. med. D. ___ besteht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit Juli 2017 (IV-Nr. 31 S. 17). Das Wartejahr begann somit im Februar 2017 und endete im Februar 2018. In diesem Zeitpunkt konnte der Rentenanspruch entstehen, da die IV-Anmeldung – wie erwähnt – bereits im Juli 2017 erfolgt war. Geht man nach den

fachärztlichen Angaben von einer Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 50 % bis Ende Juni 2017 und von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ab Juli 2017 aus, beträgt die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit während des Wartejahres mehr als 70 % (79 %). Der Invaliditätsgrad Anfang Februar 2018 belief sich gemäss dem Gutachten von Dr. med. D.____ auf 100 % (IV-Nr. 31 S. 17). Somit besteht ab 1. Februar 2018 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente (vgl. E. II. 2.2 hiervor). Gemäss Art. 7b Abs. 1 IVG können die Leistungen nach Art. 21 Abs. 4 ATSG gekürzt oder verweigert werden, wenn die versicherte Person den Pflichten nach Art. 7 IVG oder Art. 43 Abs. 2 ATSG nicht nachgekommen ist (vgl. E. II. 4.2 hiervor). Ein Fall, in dem Art. 7b Abs. 2 IVG eine Sanktion ohne Mahn- und Bedenkzeitverfahren zulässt, liegt hier nicht vor. Daraus folgt, dass eine Sanktion erst nach Durchführung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens in Frage kommt (Art. 21 Abs. 4 ATSG). Vorliegend datiert das entsprechende Mahnschreiben vom 23. November 2018, wobei die Beschwerdegegnerin zur Aufnahme einer Behandlung eine Frist von sechs Wochen (11. Januar 2019) ansetzte (IV-Nr. 37). Die Beschwerdeführerin begab sich dann zur Gutachterin Dr. med. D.____, welche ihr erneut eine dopaminerge Therapie empfahl, und lehnte eine solche weiterhin ab (IV-Nr. 43 S. 4 f.). Die Beschwerdeführerin wurde im Rahmen des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens aufgefordert, eine «fachneurologische adäquate Behandlung» durchzuführen. Dabei handelte es sich offensichtlich um eine leitliniengerechte schulmedizinische Behandlung mit dopaminergen Medikamenten, was der Beschwerdeführerin schon lange klar war (vgl. Gesprächsprotokoll Intake vom 17. August 2017, IV-Nr. 12 S. 4). Sie nahm in ihrer Stellungnahme vom 18. Oktober 2018 denn auch ausdrücklich darauf Bezug («dopagene Therapie», vgl. IV-Nr. 34.1 S. 1). Der im Rahmen des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens verlangten Auflage kam sie zwar insoweit nach, als sie sich am 23. Januar 2019 in die Sprechstunde von Dr. med. D.____ begab. Die ebenso verlangte Aufnahme einer dopaminergen Therapie lehnte sie jedoch weiterhin ab. Damit erfüllte sie die geforderte medizinische Auflage, eine fachneurologisch adäquate Behandlung durchzuführen, nicht. 7.3 Eine Befristung oder Abstufung der Invalidenrente ist auf denjenigen Zeitpunkt hin und in dem Ausmass vorzunehmen, in dem davon ausgegangen werden kann, dass die geforderte Behandlung zu einer erheblichen Verbesserung des Gesundheitszustands und damit zu einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit geführt hätte. Die Frage, in welchem Ausmass und bis zu welchem Zeitpunkt die mögliche Verbesserung erreicht wird, kann im vorliegenden Fall nicht zuverlässig beantwortet werden. Nach den Angaben der neurologischen Gutachterin Dr. med. D.____ ist schwierig abzuschätzen, wie sich die Arbeitsfähigkeit unter eingeleiteter dopaminergem Therapie entwickelt (IV-Nr. 31 S. 17 ff.; vgl. E. II. 5.6 hiervor). RAD- und Fachärztin Dr. med. G.____ erwartet mit grosser Wahrscheinlichkeit eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit, da die Erfahrung zeige, dass Parkinsonbetroffene unter leitliniengerechter Behandlung in der Lage seien, länger im Erwerbsleben zu verbleiben. Mit einer effizienten Behandlung könnten die Symptome in der Regel über viele Jahre sehr gut behandelt werden (IV-Nr. 45 S. 3; vgl. E. II. 5.10 hiervor). Angesichts der vorerwähnten fachärztlichen Angaben ist anzunehmen, dass eine im Sinne des Mahnschreibens der Beschwerdegegnerin vom 23. November 2018 spätestens im Januar 2019 aufgenommene dopaminerge Therapie (fachneurologisch adäquate Behandlung von mindestens 6 Monaten, vgl. IV-Nr. 37) mit optimaler Kooperation der Beschwerdeführerin deren Gesundheitszustand erheblich verbessert hätte. Diese Annahme wird auch durch den Bericht des H.____, Klinik für Neurologie (Prof. Dr. med. J.____ und Dr. med. K.____) vom 26. August 2020 erhärtet, wonach die am 30. Juli 2020 von der Beschwerdeführerin dann doch noch aufgenommene

dopaminerge Therapie bereits nach einem Monat eine Verbesserung der Motorik, des Gleichgewichts sowie der Kognition zeigte (A.S. 54 f.; vgl. E. II. 5.11 hiervor). Unter der aktuellen Therapie konnten auch ein flüssigeres Gangbild bei fast normaler Geschwindigkeit sowie eine deutlich reduzierte Sturzgefährdung erreicht werden. Die Patientin sei inzwischen wieder in der Lage, die Basisdinge im Alltag selber zu erledigen (vgl. Bericht vom 24. Oktober 2020 [BB 5]; vgl. E. II. 5.12 hiervor). Es kann daher davon ausgegangen werden, dass bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 26. Juli 2019, somit nach sechsmonatiger Behandlungsdauer, eine rentenausschliessende Arbeitsfähigkeit hätte erreicht werden können. Das Gegenteil ergibt sich jedenfalls nicht aus den Akten; die Ungewissheit darüber muss sich zu Lasten der Beschwerdegegnerin auswirken, welche sie durch ihre Mitwirkungsverweigerung verursacht hat. Soweit die Beschwerdeführerin nicht bereits im Januar 2019, sondern erst Ende Juli 2020 die zumutbare dopaminerge Therapie aufgenommen hat, hat sie die ihr obliegende Schadenminderungspflicht schuldhaft verletzt. Gestützt auf Art. 21 Abs. 4 ATSG ist es daher gerechtfertigt, ab Ende Juli 2019 weitere Rentenleistungen zu verweigern (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_741/2018 vom 22. Mai 2019 E. 7.3 und 8.7). 8. Die Beschwerdegegnerin wies mit ebenfalls angefochtener Verfügung vom 19. August 2019 auch den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Hilflosenentschädigung gemäss Art. 42 IVG ab, wobei sie zur Abweisung dieses Leistungsanspruchs die gleiche Begründung wie in der Verfügung vom 26. Juli 2019 heranzog. Dazu ist zunächst festzuhalten, dass Art. 7b Abs. 4 IVG Hilflosenentschädigungen ausdrücklich so weit von der Sanktionierung ausnimmt, als es um Sachverhalte nach Art. 21 Abs. 1 ATSG geht. Im Rahmen von Art. 21 Abs. 4 ATSG dürfen Hilflosenentschädigungen aber entzogen oder gekürzt werden (Murer , Invalidenversicherung: Prävention, Früherfassung und Integration, 2009, S. 131 f. N 88 und S. 143 f. N 138 zu Art. 7, 7a und 7b IVG; vgl. auch Murer , Invalidenversicherungsgesetz, 2014, Art. 7b, S. 349 f., Rz. 150 mit Hinweis). Ein allfälliger Anspruch auf Hilflosenentschädigung wäre daher, analog zur Rente, auf Ende Juli 2019 zu befristen. Ob ein solcher Anspruch zuvor (unter Berücksichtigung des analog zur Rente geltenden Wartejahres [BGE 144 V 361]) entstanden ist und welche Höhe er gegebenenfalls erreichte, wird die Beschwerdegegnerin noch festzulegen haben. Die Verfügung vom 19. August 2019 ist daher aufzuheben und die Sache ist zur ergänzenden Prüfung eines (befristeten) Anspruchs auf Hilflosenentschädigung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 9. Nach dem Gesagten ist die Verfügung der Beschwerdegegnerin betreffend Invalidenrente vom 26. Juli 2019 aufzuheben; die Beschwerdeführerin hat vom 1. Februar 2018 bis 31. Juli 2019 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente. Die ebenfalls angefochtene Verfügung betreffend Hilflosenentschädigung vom 19. August 2019 ist ebenfalls aufzuheben und die Sache ist zur Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Die Beschwerdegegnerin hat in ihrer Stellungnahme vom 16. Oktober 2020 in Aussicht gestellt, das Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 23. September 2020 (E-Mail inklusive Beilagen, vgl. A.S. 48 ff.) als Neuanmeldung entgegenzunehmen. Diese bildet nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens.

E. 5

Die Beschwerdeführerin sei nach Art. 191 ZPO gerichtlich protokollarisch zur Frage der Nebenwirkungen der Parkinson-Medikamente Stalevo, Levodopa, Madopar und Requip zu befragen (Beweissthema : Kriterium der Zumutbarkeit nach Art. 21 Abs. 4 ATSG).

E. 6

Es sei eine öffentliche Gerichtsverhandlung mit Publikums- und Presseanwesenheit nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK durchzuführen.

E. 6.1

6.1.1 Die Beschwerdegegnerin lehnte den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente sowie berufliche Eingliederungsmassnahmen mit vorliegend angefochtener Verfügung vom 26. Juli 2019 im Wesentlichen mit der Begründung ab, die Beschwerdeführerin leide an einem im Jahr 2017 diagnostizierten Parkinsonsyndrom und habe sich trotz fachärztlich neurologischer Empfehlung bisher nicht schulmedizinisch behandeln lassen. Durch eine fachneurologisch adäquate, d.h. durch eine auf schulmedizinischen Erkenntnissen beruhende, leitliniengerechte Therapie des Parkinsonsyndroms sei eine Verbesserung des Gesundheitszustandes und eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit wahrscheinlich. Zu einer leitliniengerechten Therapie gehörten insbesondere auch medikamentöse Therapiemassnahmen mit dopaminergen Substanzen. Eine solche Therapie sei ihr gemäss dem neurologischen Gutachten von Dr. med. D. ___ vom 18. Juli 2018 und der fachärztlichen Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. G. ___ vom 11. Februar 2019 zumutbar. Ohne leitliniengerechte Behandlung des Grundleidens könnten der Gesundheitsschaden und die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit nicht schlüssig beurteilt werden. Die Beschwerdeführerin sei daher mit Schreiben vom 23. November 2018 aufgefordert worden, sich innerhalb der nächsten sechs Wochen in eine fachneurologisch adäquate Behandlung zu begeben und eine solche Behandlung über einen längeren Zeitraum von mindestens einem $\frac{1}{2}$ bis $\frac{3}{4}$ Jahr durchzuführen. Die Beschwerdeführerin habe innerhalb der geforderten Frist zwar eine neurologische Konsultation bei Dr. med. D. ___ wahrgenommen, die dringend empfohlene leitliniengerechte dopaminerge Therapie jedoch weiterhin abgelehnt. Die medizinische Auflage vom 23. November 2018 sei somit nicht erfüllt worden.

Zum Einwand der Beschwerdeführerin wurde im Wesentlichen dargelegt, sämtliche involvierten Ärzte empföhlen zur Behandlung des Parkinsonsyndroms eine dopaminerge Therapie und versprächen sich davon eine Verbesserung des Gesundheitszustandes und auch der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Die RAD-Ärztin Dr. med. G. ___ habe sich in ihrer Stellungnahme vom 11. Februar 2019 ausführlich zu den Nebenwirkungen einer dopaminergen Therapie geäussert. Durch eine engmaschige Kontrolle und die Möglichkeit einer Anpassung der Medikation je nach Verlauf würden erhebliche Risiken bzw. eine wesentliche Gefahr für die Gesundheit der Beschwerdeführerin aufgrund von Nebenwirkungen ausgeschlossen. Die auferlegte fachneurologisch adäquate Therapie stelle somit keine Gefahr für das Leben und die Gesundheit der Beschwerdeführerin dar. Auch sei damit kein schwerer Eingriff in die Persönlichkeitsrechte der Beschwerdeführerin verbunden. Vor diesem Hintergrund sei die auferlegte Therapie als zumutbar und der erforderliche Grad an die Wahrscheinlichkeit der zu erwartenden Verbesserung als erreicht zu bezeichnen. Den Ärzten sei es nicht möglich, sich dazu zu äussern, in welchem Ausmass sich die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit mit einer dopaminergen Therapie verbessern lasse. Die Gutachterin Dr. med. D. ___ stelle diesbezüglich fest, wie sich die Arbeitsfähigkeit unter eingeleiteter dopaminerger Therapie entwickle, sei schwierig abzuschätzen. Nach etablierter Therapie müsste eine erneute neurologische und neuropsychologische Untersuchung erfolgen, um die Ressourcen unter leitliniengerechter Therapie dokumentieren und basierend hierauf die Arbeitsfähigkeit im

angestammten Beruf beurteilen zu können. Auch Dr. med. G. ___ könne die Frage nach dem Ausmass der Verbesserung nicht beantworten, weise jedoch darauf hin, dass man die Symptome mit einer effizienten Behandlung in der Regel über viele Jahre sehr gut behandeln könne. Gemäss den Akten seien die Therapieoptionen noch nicht ausgeschöpft worden. Sämtliche involvierten Ärzte erachteten eine Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unter einer leitliniengerechten dopaminergen Therapie als wahrscheinlich. Ohne leitliniengerechte Behandlung des Grundleidens bzw. ohne Durchführung einer leitliniengerechten dopaminergen Therapie sei es nicht möglich, den Gesundheitsschaden und die Arbeits- und Erwerbstätigkeit zu beurteilen. Indem sich die Beschwerdeführerin der auferlegten zumutbaren Therapie in unentschuldbarer Weise widersetzt habe, habe sie ihre Mitwirkungs- und Schadenminderungspflicht verletzt. Angesichts des durchgeführten Mahn- und Bedenkzeitverfahrens und der hierbei angedrohten Säumnisfolgen sei der Leistungsanspruch zu verneinen (IV-Nr. 53; A.S. 1 ff.).

Mit gleicher Begründung wurde mit Verfügung vom 19. August 2019 auch der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Hilflosenentschädigung abgewiesen (IV-Nr. 57; A.S. 6 f.).

6.1.2 Die Beschwerdeführerin lässt demgegenüber beantragen, die Verfügungen der Beschwerdegegnerin betreffend Invalidenrente und Hilflosenentschädigung vom 26. Juli und 19. August 2019 seien vollumfänglich aufzuheben. Es seien die der Beschwerdeführerin zustehenden gesetzlichen Leistungen nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von 100 % mit Wirkung ab 20. Februar 2017, spätestens ab Juli 2017, zuzusprechen. Dies wird im Wesentlichen damit begründet, die Beschwerdeführerin sei spätestens seit Juli 2017 krankheitsbedingt und gutachterlich nachgewiesen in ihrer Arbeitsfähigkeit zu 100 % eingeschränkt. Aus den Akten ergebe sich eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bereits ab Februar 2017. Die Verwaltung habe für den Zeitraum vor der angefochtenen Verfügung von einer 100%igen Erwerbsunfähigkeit der Beschwerdeführerin auszugehen, was für diesen Zeitraum die Zusprache einer temporären Rente notwendig mache. Sodann habe keiner der beteiligten Ärzte (und vor allem nicht die Gutachterin und der RAD) bisher geltend gemacht, dass mit der anvisierten Behandlung der Beschwerdeführerin neue Erwerbsmöglichkeiten versprochen werden könnten. Somit stelle sich nur noch die Frage, ob mit der anvisierten Behandlung die Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin wesentlich verbessert werden könne. Ausgehend von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit, welche gutachterlich attestiert sei, müsste eine wesentliche Verbesserung der Arbeitsfähigkeit derart ausgestaltet sein, dass sie IV-versicherungsrechtlich Wirkung entfalten könnte. Die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit um 30 % oder mehr müsste hochwahrscheinlich sein, um überhaupt namhaft zu sein. Eine solche Verbesserung stehe aber weit und breit nicht in Aussicht und werde auch nicht genannt. Die RAD-Ärztin Dr. med. G. ___ könne die Frage nach dem Ausmass der Verbesserung nicht beantworten. Die Erkrankung könne trotz intensiver Pharmakotherapie nicht aufgehoben werden. Lediglich für eine kurze Zeit liessen sich Symptome und Lebensqualität bessern sowie die Lebenserwartung verlängern. Eine nachhaltige und wesentliche Verbesserung der Arbeitsfähigkeit werde aber so nicht erreicht. Zudem sei der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin von Dr. med. D. ___ bereits als stabilisiert beschrieben worden. Eine stabilisierte Situation sollte nicht destabilisiert werden. Die Gutachterin Dr. med. D. ___ habe die Besserungsmöglichkeit aufgrund der dopaminergen Therapie lediglich als «denkbar» bezeichnet, somit als lediglich

möglich und nicht als erfolgsversprechend, wie dies Art. 21 Abs. 4 ATSG verlange. Die Gutachterin sei sich alles andere als sicher, was nach erfolgter Therapie überhaupt erwartet werden könne: Wie sich die Arbeitsfähigkeit unter eingeleiteter dopaminerger Therapie entwickle, sei schwierig abzuschätzen. Nach etablierter Therapie müsste eine erneute neurologische und auch eine neuropsychologische Untersuchung erfolgen, um die Ressourcen und eine leitliniengerechte Therapie dokumentieren und basierend hierauf die Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf beurteilen zu können. Bei derart vielen Unsicherheiten könne mit Sicherheit nicht von einer grossen Wahrscheinlichkeit hinsichtlich wesentlicher Verbesserung der Arbeitsfähigkeit gesprochen werden. Schon deshalb müsse die optimistische Prognose der IV-Ärztin Dr. med. G.____ vom 11. Februar 2019 als spekulativ und unseriös zurückgewiesen werden. Die Voraussetzungen von Art. 21 Abs. 4 ATSG seien im vorliegenden Fall nicht erfüllt.

Im Weiteren wird dargelegt, bei all den gravierenden Nebenwirkungen der Parkinson-Medikamente stelle sich nicht nur die Frage nach der Zumutbarkeit für die betroffene Beschwerdeführerin selber und darüber hinaus für potentielle Arbeitgeber, sondern abgesehen davon auch die Frage, ob die IV-Ärztinnen, Dres. med. F.____ und G.____, diese Medikamente in einer vergleichbaren Lage auch selber zu sich nehmen und für die Nebenfolgen bei der betroffenen Beschwerdeführerin haftungsweise einstehen würden. Nach Art. 18 Abs. 2 MVG gelte eine medizinische Massnahme nur dann als zumutbar, wenn sie zu diagnostischen Zwecken nötig sei oder mit hoher Wahrscheinlichkeit eine erhebliche Verbesserung verspreche. Die Beschwerdeführerin habe mit Schreiben vom 18. Oktober 2018 bereits dargelegt, dass aufgrund der im Labor nachgewiesenen fehlenden erhöhten Kupferwerte im Blut eine Morbus-Wilson-Krankheit ausgeschlossen werden könne. Eine weitere diagnostische Abklärung erweise sich somit als unnötig. Solche medizinischen Massnahmen seien auch als unzumutbar zu beurteilen. Ferner werde das Heilungsziel durch das Mahn- und Bedenkzeitverfahren als gesetzlich vorgesehenes Druckmittel konterkariert. Der Entscheid der Beschwerdegegnerin sei auch als unverhältnismässig anzusehen. Die von der Beschwerdeführerin aufgeworfenen Fragen gemäss Eingabe vom 28. Januar 2019 seien von der IV-Gutachterin, Dr. med. D.____, nicht beantwortet worden. An einer umfassenden und rechtsgenügenden Abklärung des Sachverhaltes fehle es, weshalb die Sache zu dessen Klärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen sei; allenfalls habe das Gericht die entsprechenden Abklärungen in Nachachtung des Untersuchungsgrundsatzes selber vorzunehmen.

6.2 Zum Einwand der Beschwerdeführerin, mit der fraglichen medikamentösen Dopaminbehandlung könne ihre Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit nicht im Sinne von Art. 21 Abs. 4 ATSG nachhaltig und wesentlich verbessert werden (vgl. Beschwerde, S. 10 ff. Ziff. 6), ist zunächst festzuhalten, dass Art. 21 Abs. 4 ATSG zwar auch auf die Invalidenversicherung anwendbar ist (Art. 1 IVG), diese Bestimmung jedoch mit weiteren Bestimmungen im IVG ergänzt wurde (Art. 7 Abs. 1, 7 Abs. 2 lit. d, 7a und 7b Abs. 1 IVG; vgl. E. II. 4.2 hiervor). Gemäss Art. 7a IVG gilt als Ausfluss einer verstärkten Schadenminderungspflicht der Grundsatz der Zumutbarkeit jeder Massnahme, die der Eingliederung ins Erwerbsleben dient (BGE 145 V 2 E. 4.2.3 S. 9). Die Beweislast für die Unzumutbarkeit einer Massnahme im Sinne von Art. 7 Abs. 2 IVG liegt bei der versicherten Person. Sodann bedarf es für die Frage nach dem mutmasslichen Eingliederungserfolg keines strikten Beweises, sondern es genügt eine ■ je nach den Umständen zu konkretisierende ■ gewisse Wahrscheinlichkeit, dass die Vorkehr, der sich

die versicherte Person widersetzt oder entzogen hat, erfolgreich gewesen wäre (Urteile des Bundesgerichts 9C_155/2019 vom 24. Juni 2019 E. 2.2.1 und 2.2.2, 8C_741/2018 vom 22. Mai 2019 E. 3.3 und 8C_865/2017 vom 19. Oktober 2018 E. 3.3, je mit Hinweisen; vgl. E. II. 4.3 und 4.5 hiervor).

Hierzu hielt die neurologische Gutachterin Dr. med. D.____ in ihrem Gutachten vom 18. Juli 2018 (Untersuchung vom 11. Juli 2018) fest, es sei schwierig abzuschätzen, wie sich die aufgrund der aktuellen Einbussen bestehende vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit unter eingeleiteter dopaminergener Therapie entwickeln würde. Nach etablierter Therapie müsste eine erneute neurologische und auch eine neuropsychologische Untersuchung erfolgen, um die Ressourcen unter leitliniengerechter Therapie dokumentieren und darauf basierend die Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf als Lehrerin beurteilen zu können. Die Fachärztin stellte klar, ohne dopaminerge Therapie sei die Arbeitsfähigkeit nicht gegeben, unter dopaminergener Therapie müsste die Arbeitsfähigkeit neu beurteilt und idealerweise in einem Arbeitsversuch evaluiert werden. Die Grunderkrankung könne therapeutisch mit einer dopaminergen Therapie kombiniert mit nicht medikamentösen Massnahmen beeinflusst werden. Entsprechend sei eine Besserung der Arbeitsfähigkeit denkbar (IV-Nr. 31 S. 17 ff.; vgl. E. II. 5.6 hiervor). Diese Auffassung vertritt auch die RAD- und Fachärztin Dr. med. G.____ in ihrer Stellungnahme vom 11. Februar 2019, wonach die Parkinsonerkrankung bislang nicht heilbar sei und auch eine frühzeitige Therapie nicht verhindern könne, dass die Krankheit fortschreite. Es sei aber festzuhalten, dass eine individuell zugeschnittene Behandlung sich günstig auf die Prognose auswirke und die Lebensqualität dadurch deutlich gesteigert werde. Durch eine fachneurologisch adäquate, d.h. eine auf schulmedizinischen Erkenntnissen beruhende, leitliniengerechte Therapie des Parkinsonsyndroms sei eine Verbesserung des Gesundheitszustands und eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit wahrscheinlich. Die vom Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin gestellte Frage, auf welches Ausmass sich die Arbeitsfähigkeit durch eine Dopaminbehandlung maximal steigern lasse (vgl. IV-Nr. 43 S. 2 Ziff. 3), beantwortete Dr. med. G.____ dahingehend, diese Frage könne so nicht beantwortet werden. Mit grosser Wahrscheinlichkeit sei durch eine entsprechende Behandlung aber eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu erreichen. Explizite wissenschaftliche Daten zu dieser Fragestellung gebe es zwar keine, die Erfahrung zeige aber, dass Parkinsonbetroffene unter leitliniengerechter Behandlung länger im Erwerbsleben verbleiben könnten. Oftmals seien sie zu Beginn noch uneingeschränkt leistungsfähig. Im Verlauf der Krankheit komme es dann zwangsläufig zu einer Abnahme der Leistungsfähigkeit bis zum Verlust der Arbeitsfähigkeit. Dieser Verlauf könne sich über mehrere Jahre bis Jahrzehnte erstrecken. Grundsätzlich gelte, je früher mit der Behandlung begonnen werde, desto besser gelinge es den Betroffenen, ein möglichst aktives Leben zu führen und die Lebensqualität lange zu erhalten. Mit einer effizienten Behandlung könnten die Symptome in der Regel über viele Jahre sehr gut behandelt werden (IV-Nr. 45; vgl. E. II. 5.10 hiervor). Diese Beurteilung der erwähnten Fachärzte steht auch in Übereinstimmung mit den Angaben des behandelnden Neurologen Dr. med. I.____, welcher der Beschwerdeführerin ebenfalls eine dopaminerge Therapie empfahl (vgl. Bericht vom 13. Juni 2017 [IV-Nr. 14 S. 2]; E. II. 5.1 hiervor) und darauf hinwies, es sollte eine medikamentöse Behandlung des Parkinsonsyndroms eingeleitet werden, da dadurch zwar kaum mit einer Normalisierung, jedoch mit einer gewissen Verbesserung der Arbeitsfähigkeit gerechnet werden könne (vgl. Bericht vom 24. August 2017 [IV-Nr. 16 S. 3]; E. II. 5.2 hiervor). Schliesslich hielt die Gutachterin Dr. med. D.____ auch in ihrem Bericht vom 29. Januar 2019 (Sprechstundenbericht vom

23. Januar 2019) erneut fest, der Beschwerdeführerin sei ■ bei bereits eingeleiteter nicht medikamentöser Therapie, welche die Beschwerdeführerin mit einer guten Therapieadhärenz durchführe ■ eine dopaminerge Therapie empfohlen worden. Dies entspreche den aktuellen Therapieleitlinien und es sei ihr ■ sollte sie sich zu einer Therapie mit einer dopaminergen Substanz (beispielsweise Levodopa in Kombination mit einem Decarboxylasehemmer/Dopaminagonist/MAO-B-Hemmer) entscheiden ■ empfohlen worden, dies unter stationären Bedingungen im C.____ einzuleiten (IV-Nr. 43 S. 5; vgl. E. II. 5.9 hiavor).

Nach dem Gesagten sprechen sich die vorliegend involvierten Fachärzte somit übereinstimmend dafür aus, dass nach eingeleiteter dopaminergem Therapie kombiniert mit nicht medikamentösen Massnahmen mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit die aktuell bestehende Arbeitsunfähigkeit günstig beeinflusst und damit zumindest für eine gewisse Zeit eine Teilarbeitsfähigkeit erreicht und erhalten werden könnte. Hinweise, dass eine dopaminerge Therapie nicht erfolgreich oder sogar kontraindiziert sein könnte, sind nicht ersichtlich. So führte die Gutachterin und behandelnde Fachärztin Dr. med. D.____ detailliert aus, im Falle der Beschwerdeführerin biete sich in erster Linie eine dopaminerge Therapie an (Levodopa, gegebenenfalls Kombination mit Dopaminagonisten oder MAO-B-Hemmer); in Abhängigkeit des Ansprechens der Symptome auf der Entwicklung der Therapieziele müsste die Medikation im Verlauf angepasst werden. In der Zusammenschau der Symptome, der Klinik und der formulierten Diagnose bestehe keine Kontraindikation für diese medikamentösen Massnahmen (IV-Nr. 31 S. 19; vgl. E. II. 5.6 hiavor). Die Frage, in welchem Ausmass sich die Arbeitsfähigkeit durch eine Dopaminbehandlung maximal steigern lässt, kann nach den fachärztlichen Angaben nicht beantwortet werden. Eine genaue Antwort auf diese Frage ■ wie sie bei derartigen prognostischen Aussagen ohnehin selten möglich ist ■ ist jedoch auch nicht notwendig, da es genügt, dass die fragliche Dopaminbehandlung geeignet ist, eine wesentliche Steigerung der Arbeitsfähigkeit zu bewirken, und hierfür auch eine gewisse Wahrscheinlichkeit besteht (vgl. Urteil des Bundesgerichtsgerichts 8C_865/2017 vom 19. Oktober 2018 E. 3.3 mit Hinweis). Diese Voraussetzungen sind hier aufgrund der vorerwähnten fachärztlichen Angaben erfüllt. Der Einwand der Beschwerdeführerin, eine nachhaltige und wesentliche Verbesserung der Arbeitsfähigkeit lasse sich mit der fraglichen Behandlung nicht erreichen, weil diese Erkrankung trotz intensiver Pharmakotherapie nicht aufgehalten werden könne (vgl. Beschwerde, S. 11 Ziff. 6), ist nicht stichhaltig. Nach den fachärztlichen Angaben von Dr. med. G.____ lassen sich Symptome und Lebensqualität in der Regel nicht nur für eine kurze Zeit bessern. Gemäss ihren überzeugenden Ausführungen in ihrer Stellungnahme vom 11. Februar 2019 zeigt die Erfahrung, dass Parkinsonbetroffene unter leitliniengerechter Behandlung in der Lage seien, länger im Erwerbsleben zu verbleiben. Grundsätzlich gelte, je früher mit der Behandlung begonnen werde, desto besser gelinge es, den Betroffenen ein möglichst aktives Leben zu ermöglichen und die Lebensqualität lange zu erhalten. Mit einer effizienten Behandlung könnten die Symptome in der Regel über viele Jahre sehr gut behandelt werden (IV-Nr. 45 S. 3; vgl. E. II. 5.10 hiavor). Darauf ist abzustellen.

6.3 Wie oben (unter E. II. 4.5 hiavor) erwähnt, bedarf es nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts nicht eines strikten Beweises, dass die verweigerte Massnahme tatsächlich zum erwarteten Erfolg geführt hätte, sondern es genügt, wenn die Vorkehr mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit erfolgreich gewesen wäre (Urteile des Bundesgerichts

9C_155/2019 vom 24. Juni 2019 E. 2.2.2 und 8C_865/2017 vom 19. Oktober 2018 E. 3.3, je mit Hinweisen). Der erforderliche Grad an Wahrscheinlichkeit ist unter Berücksichtigung der Schwere des mit der Massnahme verbundenen Eingriffs in Persönlichkeitsrechte zu beurteilen: Bei therapeutischen Massnahmen, welche mit einem nur geringen Eingriff verbunden sind, dürfen an die Wahrscheinlichkeit der zu erwartenden Besserung keine hohen Anforderungen gestellt werden. Ist der Eingriff erheblich (beispielsweise bei einer wirbelsäulenorthopädischen Operation), wird eine höhere Wahrscheinlichkeit, aber nicht ein sicherer Erfolg verlangt (Urteil des Bundesgerichts 9C_671/2016 vom 20. März 2017 E. 4.1.1 mit Hinweisen).

Die Gutachterin Dr. med. D.____ legte in diesem Zusammenhang in ihrem neurologischen Gutachten vom 18. Juli 2018 dar, die Grunderkrankung könne therapeutisch mit einer dopaminergen Therapie ■ kombiniert mit nicht medikamentösen Massnahmen ■ beeinflusst werden. Entsprechend sei eine Besserung der Arbeitsfähigkeit denkbar. Die Erfüllung der Mitwirkungspflicht sollte von der Beschwerdeführerin erwartet werden können. Gemäss den aktuellen Therapieleitlinien sollte die Therapie eines Parkinsonsyndroms rechtzeitig (d.h. bereits früh nach der Diagnosestellung) und effizient (ausreichend dosiert) beginnen. Je nach Alter zum Zeitpunkt der Diagnoseformulierung, der Komorbiditäten sowie der Erkrankungsdauer definiere man vor Beginn der Therapie spezifische relevante Therapieziele (Therapie von motorischen und/oder autonomen Störungen; Therapie von psychologischen Symptomen der Erkrankung; Ziel der Erhaltung der Selbstständigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens und der Verhinderung einer drohenden Pflegebedürftigkeit; Erhaltung der Berufsfähigkeit). Für die medikamentöse Behandlung stünden zahlreiche Medikamente und Wirkstoffe zur Verfügung. Im Fall der Beschwerdeführerin biete sich in erster Linie eine dopaminerge Therapie an (Levodopa, gegebenenfalls Kombination mit Dopaminagonisten oder MAO-B-Hemmer), wobei die Medikation in Abhängigkeit des Ansprechens der Symptome auf die Entwicklung der Therapieziele im Verlauf angepasst werden müsste. Aus medizinisch neurologischer Sicht entstehe in der Zusammenschau der Symptome, der Klinik und der formulierten Diagnose keine Kontraindikation für diese medikamentösen Therapiemassnahmen (IV-Nr. 31 S. 19; vgl. E. II. 5.6 hiervor). Den fachärztlichen Ausführungen der neurologischen Gutachterin kann somit nichts entnommen werden, was auf erhebliche, aussergewöhnliche Risiken der Therapien hindeuten würde. Zur von der Beschwerdeführerin aufgeworfenen Frage nach den Nebenwirkungen bei einer Dopaminbehandlung äusserte sie die Neurologin des RAD, Dr. med. G.____, dahingehend, die Behandlung des Parkinsonsyndroms im Frühstadium umfasse differenzialtherapeutische Überlegungen bei unterschiedlichen Fragestellungen. In der Differenzialtherapie müssten hier neben Dopaminagonisten auch MAO-B-Hemmer und Levodopa eingesetzt werden. Bezogen auf Dopaminagonisten heisse dies, dass eine geringere Wirksamkeit und eine geringere Verträglichkeit als mit Levodopa-Präparaten erreicht würden, wobei hier insbesondere Übelkeit, Müdigkeit, Blutdruckabfall, Mundtrockenheit und Benommenheit zu nennen seien. Im späteren Verlauf seien Wirkungsfluktuationen von Dyskinesien (Störung des Bewegungsablaufs) unter Dopaminagonisten seltener als unter Levodopa. Unter Sicherheitsaspekten seien irreversible Wirkungsfluktuationen deutlich häufiger unter Levodopa zu sehen. Da motorische Fluktuationen nach zehn Jahren Levodopa-Therapien bei fast allen Patienten zu erwarten seien (gleiches gelte für Dyskinesien), sei bei jüngeren Patienten in der Differenzialtherapie den Dopaminagonisten der Vorzug zu geben. Komorbiditäten würden häufiger in höherem Lebensalter auftreten, insbesondere Einschränkungen der kognitiven

Leistungsfähigkeit und der Blutdruckregulation. Da die Nebenwirkungsrate von Dopaminagonisten in dieser Hinsicht höher sei, sei bei älteren Patienten Levodopa-Präparaten der Vorzug zu geben (IV-Nr. 45 S. 2 f.; E. II. 5.10 hiervor).

Angesichts dieser fachärztlichen Ausführungen kann bei der von sämtlichen Fachärzten empfohlenen Dopaminbehandlung nicht von einer wesentlichen Gefahr für einen Gesundheitsschaden aufgrund von Nebenwirkungen gesprochen werden. Dies wird vor allem dadurch gewährleistet, dass die medikamentöse Therapie unter stationären Bedingungen eingeleitet, die Beschwerdeführerin weiterhin engmaschig ärztlich kontrolliert und die medikamentöse Behandlung je nach Verlauf angepasst werden kann. Es handelt sich bei der zur Diskussion stehenden Therapie ■ auch unter Berücksichtigung der vorerwähnten Nebenwirkungen ■ um einen nicht besonders erheblichen Eingriff in die Persönlichkeitsrechte der Beschwerdeführerin. Dass sie sich anthroposophisch/alternativmedizinisch behandeln lassen will und eine Dopaminbehandlung aufgrund ihrer Lebenseinstellung und Überzeugung grundsätzlich ablehnt (vgl. Gesprächsprotokoll Intake vom 17. August 2017 [IV-Nr. 12 S. 3] und Stellungnahme vom 18. Oktober 2018 [IV-Nr. 34.1]), führt zu keinem anderen Ergebnis. Dem Einwand der Beschwerdeführerin, im spezialärztlichen Bericht vom 23. Januar 2019 sei ihr Gesundheitszustand bereits als stabilisiert beschrieben worden und eine stabilisierte Situation sollte nicht destabilisiert werden (vgl. Beschwerde, S. 11 Ziff. 6), kann nicht gefolgt werden. Dr. med. D. ___ gab in ihrem Bericht vom 23. Januar 2019 zur Anamnese vielmehr an, zwischenzeitlich habe die Beschwerdeführerin eher über eine Stabilisierung der Symptomatik berichtet. In Übereinstimmung mit der Auffassung von Dr. med. G. ___ ist dabei von einer rein subjektiven Einschätzung der Beschwerdeführerin auszugehen, auf welche nicht abgestellt werden kann; die neurologische Gutachterin empfahl auch in diesem Sprechstundenbericht nach wie vor eine dopaminerge Behandlung gemäss den aktuellen Therapieleitlinien, was die Beschwerdeführerin jedoch weiterhin ablehnte (vgl. IV-Nr. 43 S. 4 f. und 45 S. 2). Nach dem Gesagten sind im Lichte der oben (unter E. II. 4. hiervor) dargelegten Rechtsprechungsgrundsätze keine hohen Anforderungen an die Wahrscheinlichkeit der durch die medikamentöse Therapie zu erwartenden Besserung der Arbeitsfähigkeit zu stellen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_671/2016 vom 20. März 2017 E. 4.1 mit Hinweisen). Diese ist angesichts der vorstehenden fachärztlichen Ausführungen zu bejahen.

6.4 Die Beschwerdeführerin rügt im Weiteren die Bejahung des Kriteriums der Zumutbarkeit der angemahnten Dopaminbehandlung. Dazu ist zunächst festzuhalten, dass die Anforderungen an die Schadenminderungspflicht rechtsprechungsgemäss dort strenger sind, wo eine erhöhte Inanspruchnahme der Invalidenversicherung in Frage steht, namentlich wenn der Verzicht auf schadenmindernde Vorkehren Rentenleistungen auslöst (vgl. E. II. 4.3 hiervor). Da die Beschwerdeführerin eine Invalidenrente (sowie eine Hilflosenentschädigung) geltend macht, obliegt ihr somit eine strengere Schadenminderungspflicht.

Die Beschwerdeführerin wendet ein, die fragliche medikamentöse Behandlung sei nach den Angaben von Dr. med. G. ___ mit besonderen Risiken (Übelkeit, Müdigkeit, Blutdruckabfall, Einschränkungen der Blutdruckregulation, Mundtrockenheit, Benommenheit, Einschränkungen der kognitiven Leistungsfähigkeit und irreversible Wirkungsfluktuationen) verbunden (Beschwerde S. 12 Ziff. 7). Im Weiteren verweist sie auf die Nebenwirkungen der Parkinson-Medikamente «Levodopa», «Madopar» und

«Stalevo», wie sie auf den Beipackzetteln beschrieben worden sind (vgl. IV-Nr. 51 S. 19 ff). Diese Nebenwirkungen hätten erhebliches Schadenpotential und seien als unberechenbar und nicht planbar einzustufen. Einem potentiellen Arbeitgeber wäre eine solche «tickende Zeitbombe» nicht zuzumuten. Damit sei klar, dass eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit mit diesen Nebenwirkungen mit Sicherheit nicht erreicht werden könne (vgl. Beschwerde, S. 13 Ziff. 7).

Es gilt diesbezüglich ■ wie (oben unter E. II. 4.3 hiervor) erwähnt ■ darauf hinzuweisen, dass grundsätzlich jede Massnahme als zumutbar gilt, die der Eingliederung ins Erwerbsleben dient. Nach der Rechtsprechung ist die fortgesetzte Krankheitsbehandlung, die insbesondere auch die dauernde Einnahme ärztlich verschriebener Medikamente umfasst, in aller Regel eine jederzeit zumutbare Form allgemeiner Schadenminderung; dazu zählt auch die dauernde Einnahme von ärztlich verschriebenen Schmerzmitteln, selbst wenn diese mit Nebenwirkungen verbunden ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_741/2018 vom 22. Mai 2019 E. 4.1 mit Hinweis). Vorliegend kann ■ auch unter Berücksichtigung der vorerwähnten Nebenwirkungen ■ nicht von einer Unzumutbarkeit der fraglichen Dopaminbehandlung ausgegangen werden. Wie erwähnt wurde diese Behandlung von sämtlichen involvierten Fachärzten als indiziert und erfolgversprechend eingestuft und dementsprechend der Beschwerdeführerin auch empfohlen. Eine Kontraindikation für diese medikamentöse Therapiemassnahme wurde von der neurologischen Gutachterin in der Zusammenschau der Symptome, der Klinik und der formulierten Diagnosen ausdrücklich verneint (vgl. IV-Nr. 31 S. 19; vgl. E. II. 5.6 hiervor). Demnach vermag die Beschwerdeführerin eine Unzumutbarkeit der dopaminergen Therapie nicht zu beweisen. Ihre Weigerung, mit einer medikamentösen Behandlung zu beginnen, lässt sich nicht mit ihrem Wunsch nach einer anthroposophischen/alternativmedizinischen Behandlung rechtfertigen. Es gilt in diesem Zusammenhang dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die Beschwerdeführerin in Anbetracht der von ihr angebotenen Leistungen (Invalidenrente und Hilflosentschädigung) in verstärktem Masse verpflichtet ist, sich schadenmindernd zu verhalten.

6.5 Mit der Eingabe vom 10. November 2020 liess die Beschwerdeführerin einen Bericht des H. ___ vom 24. Oktober 2020 einreichen. Daraus geht hervor, dass am 30. Juli 2020 eine Behandlung mit dopaminergen Substanzen (Madopar [Levodopa], Neupro [Rotigotin]; vgl. auch Arztbericht des H. ___ vom 26. August 2020, A.S. 49 ff.) mit ersten Erfolgen begonnen wurde. Prof. Dr. med. J. ___ und Dr. med. K. ___ stellten fest, unter inzwischen begonnener Anti-Parkinson-Therapie hätten die Motorik, das Gleichgewicht sowie die Kognition der Patientin bereits verbessert werden können, wobei nun in regelmässigen Konsultationen weitere Therapieanpassungen vorzunehmen seien. Die behandelnden Ärztinnen hielten abschliessend fest, trotz maximaler Anstrengung bezüglich des Optimierens der Therapie seitens der Patientin sowie seitens der behandelnden Ärztinnen sei es bisher nicht zu einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit gekommen (vgl. E. II. 5.11 f. hiervor). Die Beschwerdeführerin macht geltend, damit habe sie den Nachweis dafür geliefert, dass die dopaminerge Therapie, welche von der Beschwerdegegnerin verlangt worden sei, nicht geeignet sei, die Arbeitsfähigkeit erheblich zu verbessern (vgl. Protokoll vom 7. Dezember 2020, S. 3, A.S. 62).

Für die Beurteilung der Frage, ob eine Therapie mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit geeignet ist, eine erhebliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit zu bewirken, ist eine prospektive Betrachtungsweise massgebend. Entscheidend ist, ob aus damaliger Sicht eine

solche Wahrscheinlichkeit gegeben war. Dies ist hier, wie in den vorstehenden Erwägungen dargelegt, zu bejahen. Wenn sich die versicherte Person erst nach der Leistungseinstellung oder ■kürzung der angeordneten Massnahme unterzieht und sich dabei herausstellt, dass diese nicht zu einer Minderung des Schadens führt, bleibt es bei der auf der Grundlage der prospektiven Beurteilung verfügbaren Sanktion. Die versicherte Person kann aber ein neues Leistungsgesuch mit Wirkung für die Zukunft stellen (Andreas Brunner/Doris Vollenweider, Basler Kommentar zum ATSG, 2020, Art. 21 N 78, mit Hinweis auf das Urteil des Bundesgerichts 8C_128/2007 vom 14. Januar 2008). Es ist fraglich, ob aus dem eingereichten Bericht vom 24. Oktober 2020, der nach einer Behandlungsdauer von lediglich knapp drei Monaten erstattet wurde, bereits der Schluss gezogen werden kann, die Behandlung vermöge auch mittel- und längerfristig nicht zu einer erheblichen Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu führen. Selbst wenn aber dieser Schluss zu ziehen wäre, würde dies deshalb nichts an der Zulässigkeit der Leistungsverweigerung ändern, da für deren Überprüfung von einer prospektiven Betrachtungsweise auszugehen ist. Es kommt hinzu, dass ■ wie sich aus den zitierten ärztlichen Stellungnahmen ergibt ■ die Erfolgsaussichten höher sind, je früher die Behandlung begonnen wird. Selbst wenn die inzwischen mit fast zweijähriger Verzögerung begonnene Therapie nicht zum gewünschten Erfolg führen sollte, liesse sich daraus nicht ableiten, wie es sich verhalten hätte, wenn die Beschwerdeführerin schon früher damit begonnen hätte. Deshalb ist dem an der Verhandlung vom 30. November 2020 gestellten Antrag, der nunmehr behandelnden Neurologin seien Fragen zur laufenden Behandlung zu unterbreiten, nicht stattzugeben.

7. Nach dem Gesagten muss sich die Beschwerdeführerin entgegenhalten lassen, dass sie angesichts der bis Ende Juli 2020 verweigerten Aufnahme der fachärztlich empfohlenen und zumutbaren dopaminergen Therapie der ihr obliegenden Schadenminderungspflicht nicht nachgekommen ist. Im Folgenden ist zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Sie weist darauf hin, sie sei spätestens seit Juli 2017 in ihrer Arbeitsfähigkeit krankheitsbedingt und gutachterlich nachgewiesen zu 100 % eingeschränkt. Aus den Akten ergebe sich eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bereits ab Februar 2017. Für den Zeitraum vor der angefochtenen Verfügung bestehe ein Anspruch auf eine temporäre Rente (vgl. Beschwerde, S. 9 f. Ziff. 5; A.S. 16 f.).

7.1 Das Bundesgericht hat wiederholt unter Hinweis auf BGE 127 V 294 E. 4c S. 298 bekräftigt, dass in der Invalidenversicherung die Therapierbarkeit eines Leidens dem Eintritt einer rentenbegründenden Invalidität nicht absolut entgegensteht. Denn die Behandelbarkeit, für sich allein betrachtet, sagt nichts über den invalidisierenden Charakter einer psychischen Störung aus (BGE 143 V 409 E. 4.2.1 S. 412 f.). Die Therapierbarkeit vermag keine abschliessende evidente Aussage über das Gesamtmass der Beeinträchtigung und deren Relevanz im invalidenversicherungsrechtlichen Kontext zu liefern. Einen Gesundheitsschaden allein gestützt auf das Argument der fehlenden Therapieresistenz unbesehen seiner funktionellen Auswirkungen als invalidenversicherungsrechtlich nicht relevant einzustufen, mit der Konsequenz eines Ausschlusses von Rentenleistungen, ist weder sachlich geboten noch medizinisch abgestützt (BGE 143 V 409 E. 4.4 S. 415). Damit hat das Bundesgericht klargestellt, dass die Therapierbarkeit bzw. Behandelbarkeit eines Leidens einen Rentenanspruch nicht absolut ausschliesst. Sind die gesetzlichen Voraussetzungen (Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % während eines Jahres, Invaliditätsgrad mindestens 40 % am Ende des Wartejahres [Art. 28 Abs. 1 IVG]; vgl. E. II. 2.1 hiervor) erfüllt, entsteht der Rentenanspruch grundsätzlich auch dann, wenn von einer

Behandlung eine Verbesserung erwartet werden kann. Bei einer Verletzung der Schadenminderungspflicht kommt aber eine Befristung der Rente infrage. Dieses Konzept wurde in jüngerer Zeit vor allem mit Blick auf die neue Suchtrechtsprechung (BGE 145 V 215) relevant (vgl. z.B. Urteil des Bundesgerichts 9C_618/2019 vom 16. März 2020 E. 10 und 9C_309/2019 vom 7. November 2019 E. 4.2.2 und 4.3.1, je mit Hinweisen). Bei einer organischen Gesundheitsschädigung wie dem hier zur Diskussion stehenden Parkinsonsyndrom kann nichts anderes gelten.

Wenn ein medizinisches Gutachten die versicherte Person als arbeitsunfähig erklärt, aber gleichzeitig festhält, dass nach durchgeführter erfolgreicher Eingliederung wieder eine deutlich bessere Arbeitsfähigkeit erreichbar sein sollte, ist die versicherte Person aufgrund der Schadenminderungspflicht aufzufordern, sich einer Behandlung oder Eingliederungsmassnahme zu unterziehen. Dazu ist ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchzuführen. Verweigert sich die versicherte Person dieser Massnahme, kann dies zu einer Sanktion gestützt auf Art. 21 Abs. 4 ATSG führen. Der Anspruch auf eine Rente ist aber so lange nicht ausgeschlossen, als die bestehende Erwerbsunfähigkeit nicht (oder noch nicht) mit geeigneten Eingliederungsmassnahmen tatsächlich behoben oder in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise verringert werden könnte. Ein Zustand, wie er bei Ausschöpfung aller zumutbaren, schadenmindernden Vorkehren erreicht werden könnte, ist nur anrechenbar, wenn das Mahn- und Bedenkzeitverfahren nach Art. 21 Abs. 4 ATSG durchgeführt wurde (Brunner/Vollenweider, a.a.O., Art. 21 ATSG N 101).

7.2 Im vorliegenden Fall meldete sich die Beschwerdeführerin am 12. Juli 2017 bei der Beschwerdegegnerin zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 2). Der Hausarzt med. pract. E. ___ attestierte eine dauernde Arbeitsunfähigkeit von 60 % (bezogen auf eine 68%-Stelle) ab dem 20. Februar 2017, eine solche von 80 % ab dem 1. August 2017 und eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 23. Oktober 2017 bis 18. Februar 2018 (vgl. IV-Nr. 7, 17 S. 1 und 20 S. 1). Der behandelnde Neurologe Dr. med. I. ___ gab eine Arbeits(un)fähigkeit als Lehrerin von 50 % seit Juni 2017 bis auf weiteres an (IV-Nr. 16 S. 1) und nach den Angaben der neurologischen Gutachterin Dr. med. D. ___ besteht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit Juli 2017 (IV-Nr. 31 S. 17). Das Wartejahr begann somit im Februar 2017 und endete im Februar 2018. In diesem Zeitpunkt konnte der Rentenanspruch entstehen, da die IV-Anmeldung ■ wie erwähnt ■ bereits im Juli 2017 erfolgt war. Geht man nach den fachärztlichen Angaben von einer Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 50 % bis Ende Juni 2017 und von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ab Juli 2017 aus, beträgt die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit während des Wartejahres mehr als 70 % (79 %). Der Invaliditätsgrad Anfang Februar 2018 belief sich gemäss dem Gutachten von Dr. med. D. ___ auf 100 % (IV-Nr. 31 S. 17). Somit besteht ab 1. Februar 2018 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente (vgl. E. II. 2.2 hiervor).

Gemäss Art. 7b Abs. 1 IVG können die Leistungen nach Art. 21 Abs. 4 ATSG gekürzt oder verweigert werden, wenn die versicherte Person den Pflichten nach Art. 7 IVG oder Art. 43 Abs. 2 ATSG nicht nachgekommen ist (vgl. E. II. 4.2 hiervor). Ein Fall, in dem Art. 7b Abs. 2 IVG eine Sanktion ohne Mahn- und Bedenkzeitverfahren zulässt, liegt hier nicht vor. Daraus folgt, dass eine Sanktion erst nach Durchführung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens in Frage kommt (Art. 21 Abs. 4 ATSG). Vorliegend datiert das entsprechende Mahnschreiben vom 23. November 2018, wobei die Beschwerdegegnerin zur Aufnahme einer Behandlung eine Frist von sechs Wochen (11. Januar 2019) ansetzte (IV-Nr. 37). Die Beschwerdeführerin begab sich dann zur Gutachterin Dr. med. D. ___,

welche ihr erneut eine dopaminerge Therapie empfahl, und lehnte eine solche weiterhin ab (IV-Nr. 43 S. 4 f.). Die Beschwerdeführerin wurde im Rahmen des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens aufgefordert, eine «fachneurologische adäquate Behandlung» durchzuführen. Dabei handelte es sich offensichtlich um eine leitliniengerechte schulmedizinische Behandlung mit dopaminergen Medikamenten, was der Beschwerdeführerin schon lange klar war (vgl. Gesprächsprotokoll Intake vom 17. August 2017, IV-Nr. 12 S. 4). Sie nahm in ihrer Stellungnahme vom 18. Oktober 2018 denn auch ausdrücklich darauf Bezug («dopagene Therapie», vgl. IV-Nr. 34.1 S. 1). Der im Rahmen des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens verlangten Auflage kam sie zwar insoweit nach, als sie sich am 23. Januar 2019 in die Sprechstunde von Dr. med. D. ___ begab. Die ebenso verlangte Aufnahme einer dopaminergen Therapie lehnte sie jedoch weiterhin ab. Damit erfüllte sie die geforderte medizinische Auflage, eine fachneurologisch adäquate Behandlung durchzuführen, nicht.

7.3 Eine Befristung oder Abstufung der Invalidenrente ist auf denjenigen Zeitpunkt hin und in dem Ausmass vorzunehmen, in dem davon ausgegangen werden kann, dass die geforderte Behandlung zu einer erheblichen Verbesserung des Gesundheitszustands und damit zu einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit geführt hätte. Die Frage, in welchem Ausmass und bis zu welchem Zeitpunkt die mögliche Verbesserung erreicht wird, kann im vorliegenden Fall nicht zuverlässig beantwortet werden. Nach den Angaben der neurologischen Gutachterin Dr. med. D. ___ ist schwierig abzuschätzen, wie sich die Arbeitsfähigkeit unter eingeleiteter dopaminergem Therapie entwickelt (IV-Nr. 31 S. 17 ff.; vgl. E. II. 5.6 hiervor). RAD- und Fachärztin Dr. med. G. ___ erwartet mit grosser Wahrscheinlichkeit eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit, da die Erfahrung zeige, dass Parkinsonbetroffene unter leitliniengerechter Behandlung in der Lage seien, länger im Erwerbsleben zu verbleiben. Mit einer effizienten Behandlung könnten die Symptome in der Regel über viele Jahre sehr gut behandelt werden (IV-Nr. 45 S. 3; vgl. E. II. 5.10 hiervor). Angesichts der vorerwähnten fachärztlichen Angaben ist anzunehmen, dass eine im Sinne des Mahnschreibens der Beschwerdegegnerin vom 23. November 2018 spätestens im Januar 2019 aufgenommene dopaminerge Therapie (fachneurologisch adäquate Behandlung von mindestens 6 Monaten, vgl. IV-Nr. 37) mit optimaler Kooperation der Beschwerdeführerin deren Gesundheitszustand erheblich verbessert hätte. Diese Annahme wird auch durch den Bericht des H. ___, Klinik für Neurologie (Prof. Dr. med. J. ___ und Dr. med. K. ___) vom 26. August 2020 erhärtet, wonach die am 30. Juli 2020 von der Beschwerdeführerin dann doch noch aufgenommene dopaminerge Therapie bereits nach einem Monat eine Verbesserung der Motorik, des Gleichgewichts sowie der Kognition zeigte (A.S. 54 f.; vgl. E. II. 5.11 hiervor). Unter der aktuellen Therapie konnten auch ein flüssigeres Gangbild bei fast normaler Geschwindigkeit sowie eine deutlich reduzierte Sturzgefährdung erreicht werden. Die Patientin sei inzwischen wieder in der Lage, die Basisdinge im Alltag selber zu erledigen (vgl. Bericht vom 24. Oktober 2020 [BB 5]; vgl. E. II. 5.12 hiervor). Es kann daher davon ausgegangen werden, dass bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 26. Juli 2019, somit nach sechsmonatiger Behandlungsdauer, eine rentenausschliessende Arbeitsfähigkeit hätte erreicht werden können. Das Gegenteil ergibt sich jedenfalls nicht aus den Akten; die Ungewissheit darüber muss sich zu Lasten der Beschwerdegegnerin auswirken, welche sie durch ihre Mitwirkungsverweigerung verursacht hat. Soweit die Beschwerdeführerin nicht bereits im Januar 2019, sondern erst Ende Juli 2020 die zumutbare dopaminerge Therapie aufgenommen hat, hat sie die ihr obliegende Schadenminderungspflicht schuldhaft verletzt.

Gestützt auf Art. 21 Abs. 4 ATSG ist es daher gerechtfertigt, ab Ende Juli 2019 weitere Rentenleistungen zu verweigern (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_741/2018 vom 22. Mai 2019 E. 7.3 und 8.7).

8. Die Beschwerdegegnerin wies mit ebenfalls angefochtener Verfügung vom 19. August 2019 auch den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Hilflosenentschädigung gemäss Art. 42 IVG ab, wobei sie zur Abweisung dieses Leistungsanspruchs die gleiche Begründung wie in der Verfügung vom 26. Juli 2019 heranzog. Dazu ist zunächst festzuhalten, dass Art. 7b Abs. 4 IVG Hilflosenentschädigungen ausdrücklich so weit von der Sanktionierung ausnimmt, als es um Sachverhalte nach Art. 21 Abs. 1 ATSG geht. Im Rahmen von Art. 21 Abs. 4 ATSG dürfen Hilflosenentschädigungen aber entzogen oder gekürzt werden (Murer, Invalidenversicherung: Prävention, Früherfassung und Integration, 2009, S. 131 f. N 88 und S. 143 f. N 138 zu Art. 7, 7a und 7b IVG; vgl. auch Murer, Invalidenversicherungsgesetz, 2014, Art. 7b, S. 349 f., Rz. 150 mit Hinweis). Ein allfälliger Anspruch auf Hilflosenentschädigung wäre daher, analog zur Rente, auf Ende Juli 2019 zu befristen. Ob ein solcher Anspruch zuvor (unter Berücksichtigung des analog zur Rente geltenden Wartejahres [BGE 144 V 361]) entstanden ist und welche Höhe er gegebenenfalls erreichte, wird die Beschwerdegegnerin noch festzulegen haben. Die Verfügung vom 19. August 2019 ist daher aufzuheben und die Sache ist zur ergänzenden Prüfung eines (befristeten) Anspruchs auf Hilflosenentschädigung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

9. Nach dem Gesagten ist die Verfügung der Beschwerdegegnerin betreffend Invalidenrente vom 26. Juli 2019 aufzuheben; die Beschwerdeführerin hat vom 1. Februar 2018 bis 31. Juli 2019 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente. Die ebenfalls angefochtene Verfügung betreffend Hilflosenentschädigung vom 19. August 2019 ist ebenfalls aufzuheben und die Sache ist zur Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Die Beschwerdegegnerin hat in ihrer Stellungnahme vom 16. Oktober 2020 in Aussicht gestellt, das Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 23. September 2020 (E-Mail inklusive Beilagen, vgl. A.S. 48 ff.) als Neuanmeldung entgegenzunehmen. Diese bildet nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens.

E. 7

Vor Eröffnung des materiellen Entscheids sei dem unterzeichneten Rechtsanwalt Gelegenheit zur Einreichung einer detaillierten Kostennote zur Geltendmachung einer Parteientschädigung zu geben.

E. 8

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 2.2 In ihrer Beschwerdeantwort vom 7. Oktober 2019 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, wobei sie auf die Begründung in der angefochtenen Verfügung sowie die IV-Akten verweist und auf das Einreichen einer Stellungnahme verzichtet (A.S. 28). 2.3 Am 22. Oktober 2019 reicht der Vertreter der Beschwerdeführerin seine Kostennote ein (A.S. 30 ff.). 2.4 Mit Eingabe vom 19. Dezember 2019 verweist die Beschwerdegegnerin auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts (Urteil 9C_671/2016 vom 20. März 2017; A.S. 35). 2.5 Mit Zuschrift vom 3. Januar 2020 lässt die Beschwerdeführerin an ihren Rechtsbegehren festhalten, zur Eingabe der Beschwerdegegnerin vom 19. Dezember 2019 Stellung nehmen und zwei

zusätzliche Ergänzungsfragen (Nr. 5 und 6) an die behandelnde Neurologin Dr. med. D.____ stellen (A.S. 37 ff.). 2.6 Am 21. August 2020 werden die Parteien zu der von der Beschwerdeführerin beantragten öffentlichen Verhandlung vom 30. November 2020 vorgeladen, an der die Parteivorträge angehört werden. Die Beweisanträge der Beschwerdeführerin Ziff. 3 bis 5 in der Beschwerde vom 6. September 2019 (S. 2 f., Rechtsbegehren) werden abgewiesen und der Beschwerdegegnerin wird das Erscheinen freigestellt. Ausserdem wird die Beschwerdegegnerin zu einer Stellungnahme eingeladen (A.S. 43 f.). 2.7 Mit Eingabe vom 16. Oktober 2020 äussert sich die Beschwerdegegnerin, stellt dem Gericht zur Vervollständigung der Akten die E-Mail (inkl. Beilagen) vom 23. September 2020 zu und teilt mit, sie beabsichtige, dieses Schreiben als Neuanmeldung entgegenzunehmen (A.S. 48 ff.). 2.8 Mit Zuschrift vom 10. November 2020 reicht der Vertreter der Beschwerdeführerin dem Gericht einen Bericht des H.____ vom 24. Oktober 2020 als Urkunde Nr. 5 ein (Beschwerdebeilage Nr. [BB] 5) und äussert sich hierzu (A.S. 57 f.). 2.9 Am 30. November 2020 führt das Gericht die erwähnte öffentliche Verhandlung durch (siehe Verhandlungsprotokoll vom 7. Dezember 2020, A.S. 60 ff.). II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 1.2 Streitig ist, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Invalidenrente sowie eine Hilflosenentschädigung hat. Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügungen vom 26. Juli 2019 und 19. August 2019 eingetreten ist (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220 mit Hinweisen). 2. 2.1 Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gelten gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Arbeitsunfähigkeit ist nach Art. 6 Satz 1 ATSG die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Das Wartejahr gilt als eröffnet, sobald eine solche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % eingetreten ist (AHI-Praxis 1998, S. 124). Der Rentenanspruch entsteht indes laut Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs im Sinne von Art. 29 Abs. 1 ATSG.

E. 10

10.1 Die obsiegende Beschwerdeführerin hat für das Beschwerdeverfahren Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). Bei teilweisem Obsiegen ist die Parteientschädigung insoweit zu reduzieren, als das Rechtsbegehren, welches über die Gutheissung hinausgeht, den Prozessaufwand des Rechtsvertreters erhöht hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_995/2012 vom 17. Januar 2013 E. 3 mit Hinweisen). Zu beachten

ist weiter, dass sich die Entschädigung nach demjenigen Aufwand zu richten hat, der für eine sorgfältige und pflichtgemässe Vertretung erforderlich ist (§ 161 in Verbindung mit § 160 Abs. 1 Satz 1 des kantonalen Gebührentarifs, BGS 615.11). Die Beschwerdeführerin obsiegt in Bezug auf die Invalidenrente teilweise, indem ihr eine solche für eine begrenzte Dauer zugesprochen, ihre Verweigerung für die Zukunft aber bestätigt wird. In Bezug auf die Hilflosenentschädigung kommt es ebenfalls zu einer teilweisen Guttheissung der Beschwerde (Rückweisung zur Prüfung eines Anspruchs für eine zurückliegende Zeitspanne bei gleichzeitiger Bestätigung der Verweigerung für die Zukunft). Es ist davon auszugehen, dass die weitergehenden Rechtsbegehren den Aufwand des Rechtsvertreters ungefähr verdoppelt haben. Der Beschwerdeführerin ist daher eine reduzierte Parteientschädigung in der Höhe der Hälfte einer vollen Parteientschädigung zuzusprechen.

Die vom Vertreter der Beschwerdeführerin eingereichten Kostennoten vom 22. Oktober 2019 (A.S. 31 ff.) und 30. November 2020 (A.S. 64 f.) weisen einen Zeitaufwand von 8.97 Stunden und 13.92 Stunden, somit insgesamt 22.89 Stunden, einen Stundenansatz von CHF 280.00 sowie Auslagen von CHF 26.60 und CHF 70.90, somit insgesamt CHF 97.50, aus.

Reine Kanzleiarbeit (z. B. die Weiterleitung von Dokumenten an die Klientschaft, das Einfordern von Akten, die Kenntnisnahme von Verfügungen, das Stellen von Fristerstreckungsgesuchen etc.) ist im Stundenansatz eines Anwalts bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten. Demnach können folgende Aufwendungen nicht entschädigt werden: 9. September 2019 (E-Mail an Klientin, 0.08 Std.), 10. September 2019 (E-Mail an Klientin, 0.17 Std.), 17. September 2019 (E-Mail an Klientin, 0.08 Std.), 11. Oktober 2019 (E-Mail an Klientin, 0.08 Std.), 18. Oktober 2019 (E-Mail an Klientin, 0.08 Std.), 22. Oktober 2019 (Eingabe an das Versicherungsgericht, 0.33 Std.), 3. Januar 2020 (E-Mail an Klientin, 0.25 Std.), 9. Januar 2020 (E-Mail an Klientin, 0.08 Std.), 11. August 2020 (Brief an Versicherungsgericht, 0.33 Std.; E-Mail an Klientin, 0.08 Std.), 20. August 2020 (Telefongespräche mit Versicherungsgericht, 0.07 Std. und 0.03 Std.; E-Mail an Klientin, 0.17 Std.), 25. August 2020 (E-Mail an Klientin, 0.17 Std.), 26. August 2020 (Telefon an IV-Stelle, 0.05 Std.), 23. September 2020 (Telefon an IV-Stelle, 0.08 Std.; E-Mail an IV-Stelle, 0.33 Std.), 24. September 2020 (E-Mail an Klientin, 0.25 Std.; Telefon von IV-Stelle, 0.03 Std.), 27. Oktober 2020 (E-Mail an Klientin, 0.25 Std.), 10. November 2020 (E-Mail an Klientin, 0.17 Std.) und 20. November 2020 (Telefon an Klientin, 0.05 Std.; Telefon an Obergericht, 0.03 Std.; E-Mail an Klientin, 0.25 Std.). Für die Verhandlung vor dem Versicherungsgericht ist der Zeitaufwand auf eine halbe Stunde festzusetzen (vgl. Protokoll vom 7. Dezember 2020, S. 4; A.S. 63). Demnach reduziert sich der zu berücksichtigende angemessene Zeitaufwand auf insgesamt 17.9 Stunden. Bei den Auslagen sind die Kopien mit CHF 0.50 (und nicht mit CHF 1.00) zu vergüten (§ 161 Abs. 1 i.V.m. § 160 Abs. 5 des Gebührentarifs [GT]; BGS 615.11), und die Kilometerentschädigung für die Hin- und Rückfahrt zur Verhandlung beträgt CHF 0.70 (nicht CHF 1.00; § 160 Abs. 5 i.V.m. § 157 Abs. 3 GT und § 161 lit. a des Gesamtarbeitsvertrags [GAV] für das Staatspersonal [BGS 126.3]). Demnach belaufen sich die zu vergütenden Auslagen auf insgesamt CHF 75.70. Schliesslich ist der geltend gemachte Stundenansatz von CHF 280.00 praxisgemäss auf CHF 260.00 zu reduzieren, da hier bezüglich Umfang und Schwierigkeitsgrad von einem durchschnittlichen Fall auszugehen ist. Das volle Honorar beläuft sich damit auf CHF 5'093.90 (17.9 Stunden à CHF 260.00 zuzüglich Auslagen von CHF 75.70 und Mehrwertsteuer [7.7 %]). Demnach

hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin eine auf die Hälfte reduzierte Parteientschädigung von CHF 2'546.95 zu bezahlen.

10.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis CHF 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens haben die Parteien die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 je zur Hälfte zu tragen.

Demnach wird erkannt:

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