

Obergericht Appenzell Ausserrhoden
3. Abteilung

Urteil vom 16. Februar 2016

Mitwirkende	Obergerichtsvizepräsident W. Kobler Oberrichter Dr. med. S. Graf, H.P. Fischer, Ch. Wild, Dr. F. Windisch Obergerichtsschreiberin A. Mauerhofer
Verfahren Nr.	O3V 15 16
Sitzungsort	Trogen
Beschwerdeführerin	A ____ vertreten durch: RA AA____
Vorinstanz	IV-Stelle Appenzell Ausserrhoden , Neue Steig 15, Postfach, 9102 Herisau
Gegenstand	Leistungen der IV

Rechtsbegehren

a) der Beschwerdeführerin:

1. Die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Angelegenheit sei zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.
2. Eventualiter sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, der Beschwerdeführerin eine mindestens eine halbe Invalidenrente zu gewähren.
3. Subeventualiter sei eine polydisziplinäre Abklärung durchführen zu lassen, worauf neu zu entscheiden ist.
4. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zuzüglich 8% Mehrwertsteuer zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

b) der Vorinstanz:

Die Beschwerde sei abzuweisen.

Sachverhalt

- A.** Die am XX.XX.1956 geborene A___ (nachfolgend: Beschwerdeführerin) meldete sich im September 2013 aufgrund von Rückenbeschwerden bei der Ausgleichskasse und IV-Stelle Appenzell Ausserrhoden (nachfolgend: Vorinstanz) zum Leistungsbezug an (IV-act. 2).
- B.** Die Beschwerdeführerin war zuletzt in einem Vollzeitpensum als Serviceangestellte tätig gewesen (IV-act. 19). Das Arbeitsverhältnis wurde, nachdem die Beschwerdeführerin letztmals am 1. Mai 2013 tatsächlich gearbeitet hatte und danach krankgeschrieben wurde, per Ende Oktober 2013 durch die Arbeitgeberin gekündigt.
- C.** Die Beschwerdeführerin wurde infolge ihrer anhaltenden Rückenbeschwerden im September 2013 von Dr. B___ operiert (Spondylodese LW5/SW1 bei Lyse L5 mit PLIF-Cage-Anlage im Spital Heiden, vgl. IV-act. 14). Beim Assessmentgespräch am 7. November 2013 bekundete die Beschwerdeführerin grosses Interesse an einer beruflichen Eingliederung, da sie sehr gerne wieder arbeiten gehen würde (IV-act. 21). In der Folge erteilte die Vorinstanz eine Kostengutsprache für ein Aufbautraining in der Dreischübe, Herisau, um die Fähigkeiten und Möglichkeiten der Beschwerdeführerin, die keine Ausbildung absolviert hat, abzuklären (IV-act. 37). Am 22. Mai 2014 veranlasste Dr.

C___ vom RAD zur vertieften Abklärung des medizinischen Sachverhalts eine monodisziplinäre orthopädische Begutachtung der Beschwerdeführerin (IV-act. 68), welche am 20. Juni 2014 durch Dr. D___ erfolgte (IV-act. 82). Dr. D___ gelangte darin - entgegen der Auffassung der die Beschwerdeführerin behandelnden Ärzte, insbesondere Dr. B___, welcher der Beschwerdeführerin eine 50% Arbeitsfähigkeit attestierte - zum Schluss, der Beschwerdeführerin sei vollzeitig ein 90%-iges Leistungspensum in adaptierter Tätigkeit zumutbar.

- D.** Am 1. Dezember 2014 schloss die Vorinstanz die Arbeitsvermittlung erfolglos ab, da die Beschwerdeführerin in keinem Arbeitsbereich eine Präsenzzeit von mehr als 50% erreichen konnte (IV-act. 90 und 91). Namentlich gestützt auf die Ergebnisse des Gutachtens und die Einschätzung von Dr. C___ vom RAD (IV-act. 86) teilte die Vorinstanz der Beschwerdeführerin mit Vorbescheid vom 5. Januar 2015 (IV-act. 93) mit, dass sie bei einem Invaliditätsgrad von 13% keinen Rentenanspruch habe. An dieser Einschätzung hielt die Vorinstanz auch auf den daraufhin erhobenen Einwand der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 14. April 2015 fest (IV-act. 102).
- E.** Gegen diese Verfügung richtet sich die von der Beschwerdeführerin am 15. Mai 2015 erhobene Beschwerde ans Obergericht (act. 1), mit welcher sie die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und weitere Abklärungen, eventualiter die Zusprache einer halben Invalidenrente beantragte. Mit Vernehmlassung vom 29. Juni 2015 (act. 6) verlangte die Vorinstanz Abweisung der Beschwerde. Mit Replik vom 22. Juli 2015 (IV-act. 9) hielt die Beschwerdeführerin an ihren Rechtsbegehren fest und reichte weitere Unterlagen ein. Die Vorinstanz verzichtete auf die Einreichung einer Duplik. Am 16. Februar 2016 wurde die Sache in der dritten Abteilung des Obergerichts in Abwesenheit der Parteien abschliessend beraten und darüber entschieden. Das Urteil wird hiermit mit schriftlicher Begründung eröffnet.
- F.** Auf weitere Einzelheiten im Sachverhalt und in den vorinstanzlichen Akten sowie die Vorbringen der Parteien in den Rechtschriften wird, soweit entscheidrelevant, in den nachfolgenden Erwägungen näher eingegangen.

Erwägungen

1. Formelles

Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) i.V.m. Art. 28 Abs. 1 lit. b des Justizgesetzes (JG, bGS 145.31) beurteilt das Obergericht Beschwerden gegen solche Entscheide. Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 Abs. 1 ATSG).

Die von Amtes wegen vorzunehmende Prüfung der weiteren Prozessvoraussetzungen ergibt, dass diese sowohl hinsichtlich der Beschwerdeberechtigung als auch hinsichtlich der Form- und Fristenfordernisse erfüllt sind (insbesondere Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20] i.V.m. Art. 59, Art. 60 Abs. 1 und Art. 61 lit. b ATSG sowie Art. 54, Art. 56 und Art. 59 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG, bGS 143.1]).

Auf die Beschwerde ist somit einzutreten.

2. Materielles

2.1.

a. Der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung setzt voraus, dass die versicherte Person invalid oder von Invalidität unmittelbar bedroht ist. Als Invalidität gilt gemäss Art. 4 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG die durch einen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall verursachte, voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

b. Der engere Begriff der Arbeitsunfähigkeit ist in Art. 6 ATSG umschrieben. Danach ist Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Während der Arzt die Arbeitsunfähigkeit

einer Person einschätzt, obliegt es dem Versicherungsträger, gestützt auf die ärztlichen Einschätzungen zur Arbeitsfähigkeit die Erwerbsunfähigkeit festzulegen, welche sich nicht mehr nur auf eine konkrete Tätigkeit bezieht, sondern auf den offeneren Fächer der in Frage kommenden Tätigkeiten auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt Bezug nimmt (vgl. dazu KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2015, N 47 zu Art. 6). In diesem Sinn kann eine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit in Erwerbsunfähigkeit münden, welche sich unter Umständen mit der Arbeitsunfähigkeit decken kann, aber nicht zwingend muss. Ausgangspunkt für die Feststellung der Erwerbsunfähigkeit einer Person bildet aber in der Regel die ärztlich eingeschätzte Arbeitsunfähigkeit:

c. Bei der Beurteilung der Arbeits- und somit letztlich auch der Erwerbsunfähigkeit stützt sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, welche von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können. Die Annahme eines invalidisierenden Gesundheitsschadens setzt grundsätzlich eine fachärztliche, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (Urteil des Bundesgerichts 9C_687/2013 vom 24. Juni 2014, E. 3.1.1 m.w.H.; BGE 130 V 396, E. 6).

d. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_610/2015 vom 29. Oktober 2015, E. 3.1, m.w.H.). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Berichten von externen Spezialärzten ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien dagegen sprechen (Urteil des Bundesgerichts 9C_432/2014 vom 10. Dezember 2014, E. 3.2.1, m.w.H.). Es ist notwendig, dass die sachverständige Person nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche ihr die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (vgl. KIESER, a.a.O., N 56 zu Art. 44, m.w.H.).

2.2.

Die Beschwerdeführerin rügt vorweg, die Begutachtung (Gutachten von Dr. D___ vom 20. Juni 2014, IV-act. 82) sei bei einem Orthopäden anstatt bei einem Wirbelsäulenspezialisten bzw. Neurochirurgen erfolgt, was angesichts der zu beurteilenden Rückenbeschwerden der Beschwerdeführerin eine falsche Gutachterwahl gewesen sei.

a. Dieser Auffassung kann so nicht zugestimmt werden. So ist ein Facharzt für Orthopädie, welche sich mit der Entstehung, Erkennung, Verhütung und Behandlung angeborener oder erworbener Störungen und Anomalien in Form oder Funktion des Stütz- und Bewegungsapparats befasst (vgl.

[https://www.pschyrembel.de/#q=Orthop%C3%A4die&d=kw_4398](https://www.pschyrembel.de/#q=Orthop%C3%A4die&d=kw_4398668&f=&v=doc)

668&f=&v=doc), nicht zum Vornherein offensichtlich ungeeignet, Rückenbeschwerden zu beurteilen. Dass als Gutachter zur Beurteilung von Rückenbeschwerden allenfalls auch Fachpersonen aus einem anderen medizinischen Gebiet in Frage kommen, spielt daher keine Rolle, zumindest, solange keine zusätzlichen stichhaltigen Gründe vorgebracht werden, weshalb der vom Versicherungsträger gewählte Gutachter konkret nicht in Frage kommen soll. Die Beschwerdeführerin nennt, ausser dass sie die Fachkompetenz eines Orthopäden zur Beurteilung von Rückenbeschwerden in genereller Weise in Frage stellt, keine weiteren Gründe, weshalb es Dr. D___ an der im konkreten Fall erforderlichen Kompetenz zur Begutachtung der Beschwerdeführerin fehlen soll. Jene pauschale Behauptung genügt nicht, um dem Gutachten zum Vornherein jeglichen Beweiswert abzusprechen. Ob allenfalls andere Gründe bestehen, die die gutachterliche Arbeitsfähigkeitseinschätzung in Frage stellen, ist nachfolgend anhand der von der Rechtsprechung entwickelten Kriterien (vgl. E. 2.1. vorstehend) näher zu prüfen.

b. Dr. D___ beurteilte auf S. 19 des Gutachtens unter Ziff. 7.3 die Beschwerden und Befunde wie folgt: *„Das Ausmass der lumbalen Schmerzen und der dadurch subjektiv empfundenen Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit als auch der demonstrierten abnormen Untersuchungsbefunde der LWS kontrastiert mit dem unauffälligen CT-Befund der LWS. Die Beschwerden können höchstens teilweise im Rahmen eines «Failed back surgery-Syndroms» interpretiert werden. Bei radiologisch fehlender neutraler Kompression kann auch die Ausstrahlung der Schmerzen in beide Kniegelenke nicht objektiviert werden.“* Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit beträgt gemäss Dr. D___ spätestens ab April 2014 bei voller Stundenpräsenz eines normalen Pensums 50% (S. 20 Gutachten, Ziff. 8.1). Leidensadaptierte Tätigkeiten, d.h. *„körperlich leichte Tätigkeiten, die abwechslungsweise sitzend und stehend ausgeübt werden können, ohne dass dabei häufig inklinierte und reklinierte sowie rotierte Körperhaltungen eingenommen werden müssen, bei denen nicht regelmässig Gewichte*

vom Boden über 7,5 kg, über Kopfhöhe über 7,5 kg, horizontal über 12,5 kg gehoben werden müssen und keine Gewichte vorne über 12,5 kg sowie in der rechten und linken Hand über 10 kg getragen werden müssen“ (S. 20 Gutachten, Ziff. 8.2), können der Beschwerdeführerin gemäss seiner Einschätzung seit April 2014 bei voller Stundenpräsenz zu 90% zugemutet werden. Diese Einschätzung von Dr. D___ weicht von derjenigen der behandelnden Ärzte ab, was dem Gutachter nicht entgangen ist, weist er doch in Ziff. 7.6 auf S. 19 des Gutachtens drauf hin, „aufgrund der vorliegenden Befunde kann weder die 100%ige Arbeitsunfähigkeit in bisheriger Tätigkeit noch die 50%ige in adaptierter Tätigkeit übernommen werden, die der Neurochirurg Dr. B___ attestierte.“

c. Wegen der unterschiedlichen Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes und Begutachtungsauftrag des medizinischen Experten (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_325/2015 vom 21. Juli 2015, E. 4.4) ist es nicht geboten, eine gutachterliche Einschätzung ohne weiteres in Frage zu stellen, nur weil die behandelnden Ärzte zu anders lautenden Einschätzungen gelangen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_344/2012 vom 24. Oktober 2012, E. 4.6, m.w.H.). Vielmehr ist in Bezug auf Berichte von Hausärzten bzw. behandelnden Ärzten der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351, E. 3b/cc; BGE 135 V 465, E. 4.5). Allerdings hat sich der Gutachter mit abweichenden Einschätzungen der behandelnden Fachärzte auseinanderzusetzen und gegebenenfalls überzeugend zu begründen, weshalb er von deren Einschätzung abweicht.

d. Dr. D___ stützte seine gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (90% leistungsfähig in adaptierter Tätigkeit im Rahmen eines Vollzeitpensums) im Wesentlichen auf die aktuellen Befunde (IV-act. 82, S. 19, Ziff. 7.3) sowie namentlich auf die Ergebnisse der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (nachfolgend: EFL; vgl. IV-act. 82, S. 19, Ziff. 7.6; EFL: IV-act. 82, S. 21 ff.). Die Abweichung von der Arbeitsfähigkeitseinschätzung durch Dr. B___ begründete Dr. D___ wie folgt: *„Wie die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit zeigte, ist eben auch eine höhere Gewichtsbelastung als 5 kg, wie Dr. B___ festhielt, möglich und derartige Einschränkungen ohne EFL sind spekulativ“* (IV-act. 82, S. 19, Ziff. 7.6). Tatsächlich hatte Dr. B___ im ausführlichen Arztbericht vom 18. Dezember 2013 noch angegeben, die Beschwerdeführerin könne *„bei reduzierter Hubbelastung (max. 5 kg), wechselnder Belastung im Stehen, Gehen, Sitzen, Liegen, aber keine Arbeiten über Schulterhöhe, keine Arbeiten in Reklination, in starrer Körperhaltung oder kalter rsp. zügiger Umgebung wahrscheinlich ab 01.02.2014 zu 50% in behinderungsangepasster Tätigkeit beschäftigt werden“* (IV-act. 40, S. 4). Im späteren Arztbericht vom 21. März 2014 (IV-act. 58, S. 1 bis 3) nannte Dr. B___ keine

Gewichtslimiten mehr, sondern erklärte zusammenfassend lediglich, die Beschwerdeführerin sei nicht mehr 100% arbeitsfähig (*„Die Patientin [...] hat zwar eine gewisse Besserung ihrer Beinschmerzen erfahren, hat aber nach wie vor Rückenschmerzen und kann nicht mehr 100% alle Tätigkeiten durchführen.“*; *„100% arbeitsfähig ist sie meiner Meinung nach aber nicht.“*). Weiter hinten im Fragebogen zu diesem Arztbericht (IV-act. 58, S. 4 ff.) hielt Dr. B___ fest, die Beschwerdeführerin könne 4 Stunden pro Tag eine angepasste Tätigkeit verrichten (IV-act. 58, S. 9, Ziff. 11.6), was der bereits früher eingeschätzten rund 50%-igen Arbeitsfähigkeit (vgl. Arztbericht vom 18. Dezember 2013, IV-act. 40) entsprechen würde. Als *„Einsatzbeschränkungen“* der noch möglichen leichten Tätigkeiten (IV-act. 58, S. 8, Ziff. 9) kreuzte er an: Keine Kälte; kein häufiges Bücken, Heben und Tragen von Lasten; kein Klettern oder Steigen; keine Nachtschicht; keine Absturzgefahr. Erforderlich sei eine Tätigkeit im Sitzen, in geschlossenen Räumen, nur mit zusätzlichen (betriebsunüblichen) Pausen, mit wechselnder Körperhaltung, abwechselnd im Gehen/Stehen/Sitzen und ohne besonderen Zeitdruck (IV-act. 58, S. 8, Ziff. 10). Da sich Dr. B___ in der ausführlicheren Zusammenfassung auf S. 1 bis 3 des Berichts aber gerade nicht prozentgenau zum Grad der Arbeitsunfähigkeit äusserte, ist fraglich, ob er mit der im Fragebogen erfolgten Angabe von zumutbaren 4 Stunden Arbeitszeit pro Tag tatsächlich einen Arbeitsunfähigkeitsgrad von 50% attestieren wollte oder nicht. Immerhin heisst es unter Ziff. 8 (IV-act. 58, S. 2): *„Im Vergleich zur Voruntersuchung [...] ist der Zustand gebessert“*, was dagegen sprechen würde.

e. Gemäss EFL ist der Beschwerdeführerin das Heben von Gewichten von über 7.5 kg und das Tragen vorne von Gewichten über 12.5 kg nicht mehr zumutbar (IV-act. 82, S. 27). Insgesamt wurde eine Diskrepanz zwischen dem Ausmass der angegebenen Einschränkungen im Fragebogen zur Selbsteinschätzung der Leistungsfähigkeit und den beobachteten funktionellen Fähigkeiten festgestellt (Selbsteinschätzung erheblich zu tief, IV-act. 82, S. 28). Unter *„Schätzung der Belastbarkeit“* wird ein Gewicht von 7.5 kg beim Heben vom Boden zur Taillen-Höhe und beim Heben von der Taillen- zur Kopfhöhe allerdings lediglich *„selten“* für zumutbar gehalten; das entsprechende Heben eines Gewichts von 5 kg wird als *„manchmal“* zumutbar bezeichnet (IV-act. 82, S. 25). Ausserdem gab die Beschwerdeführerin beim Heben von 7.5 kg vom Boden zu Taillenhöhe Schmerzen an; sie hatte sich aber nach den Feststellungen in der EFL eine gute Hebetechnik angeeignet (IV-act. 21, S. 29). Berücksichtigt man diese in der EFL festgehaltenen Beobachtungen, wird dadurch die Beschreibung der adaptierten Tätigkeit durch Dr. B___ nicht grundsätzlich in Frage gestellt und kann somit auch nicht als rein spekulativ bezeichnet werden, wie Dr. D___ anführt. Die Beschreibung der adaptierten Tätigkeit durch Dr. B___ erfolgte allerdings tatsächlich weniger detailliert als im Gutachten.

Angesichts der doch erheblichen Abweichung der der Beschwerdeführerin schliesslich durch den Gutachter attestierten Arbeitsfähigkeit von der durch Dr. B___ zunächst geschätzten Arbeitsfähigkeit und der allein gestützt auf ein Aktenstudium nicht auszuräumenden Unklarheit, ob er an dieser Einschätzung auch im späteren Gutachten vom März 2015 festhalten wollte oder nicht, wäre es durchaus zu begrüssen gewesen, Dr. D___ hätte seine abweichende Meinung, beispielsweise auch durch klärende Rückfragen bei Dr. B___ und einer detaillierteren Stellungnahme dazu, ausführlicher begründet. Ungeachtet dessen genügt aber auch dieser Kritikpunkt nicht, um die Einschätzung von Dr. D___ deswegen als Ganzes in Frage zu stellen: Eine vom Gutachter abweichende Beurteilung würde sich lediglich dann aufdrängen, wenn der behandelnde Arzt wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennt, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_892/2014 vom 23. April 2015, E. 4.3). Dr. B___ nennt in seinen Arztberichten keine derartigen Aspekte, die Dr. D___ in seiner eigenen Beurteilung zu Unrecht nicht miteinbezogen hätte.

f. Medizinische Gutachten - genauso wie auch die Arbeitsfähigkeitseinschätzung durch die behandelnden Ärzte - beruhen letztlich meist auf ärztlichem Ermessen. Insbesondere bei der Festsetzung der Arbeitsfähigkeit verfügt der Gutachter bzw. der behandelnde Arzt über einen beträchtlichen Ermessensspielraum (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_955/2012 vom 13. Februar 2013, E. 3.3.4). Dass im vorliegenden Fall der Gutachter die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin abweichend vom behandelnden Arzt einschätzt, bildet daher keinen Grund, das Gutachten deshalb in Frage zu stellen, solange dieses in sich schlüssig erscheint und auch sämtliche übrigen von der Rechtsprechung geforderten Anforderungen an ein Gutachten erfüllt sind.

2.3.

Die Beschwerdeführerin rügt zudem, sie sei seit November 2014 auch in psychischer Hinsicht angeschlagen. Zu Unrecht seien die psychischen Beschwerden von der Vorinstanz nicht abgeklärt worden.

a. Im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung am 14. April 2015 waren der Vorinstanz keine psychischen Probleme der Beschwerdeführerin bekannt. Erst *nach* Verfügungserlass, nämlich am 8. Mai 2015, teilte die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin der Vorinstanz mit, dass die Beschwerdeführerin aufgrund einer schweren depressiven Episode in die psychiatrische Klinik eingewiesen worden sei (IV-act. 106) und legte ein Schreiben des psychiatrischen Zentrums Appenzell Ausserrhoden bei.

Gemäss diesem Schreiben befand sich die Beschwerdeführerin bereits seit 15. April 2015 in ambulanter Behandlung im Psychiatrischen Zentrum Appenzell Ausserrhoden und trat schliesslich am 1. Mai 2015 eine stationäre Behandlung einer schweren Depression an. Die Beschwerdeführerin ersuchte die Vorinstanz, die abweisende Rentenverfügung in Wiedererwägung zu ziehen und die medizinische Situation auch in psychischer Hinsicht zu evaluieren. Die Vorinstanz nahm in der Folge jedoch keine Wiedererwägung vor, sondern teilte der Beschwerdeführerin mit, sie nehme das Schreiben als Wiederanmeldung an (IV-act. 107).

b. Das Vorgehen der Vorinstanz, nicht auf die bereits erlassene abweisende Rentenverfügung vom 14. April 2015 zurückzukommen, kann in keiner Weise beanstandet werden, zumal im damaligen Zeitpunkt noch keine Unterlagen vorlagen, die eine psychische Erkrankung der Beschwerdeführerin schon vor Verfügungserlass belegt hätten. Ein Rechtsanspruch auf Vornahme einer Wiedererwägung bestand jedenfalls nicht (vgl. dazu auch KIESER, a.a.O., N 61 und 77 zu Art. 53). Der Entscheid über die Vornahme einer Wiedererwägung ist vielmehr in das Ermessen des Versicherungsträgers gestellt (KIESER, a.a.O., N 61 zu Art. 53). Beim vorliegend gegebenen Sachverhalt kann der Vorinstanz weder eine Überschreitung noch ein Missbrauch des Ermessens vorgeworfen werden.

c. Ob die im vorliegenden Verfahren eingereichten zusätzlichen Arztberichte etwas an diesen Überlegungen ändern, kann letztlich offengelassen werden: Eine Wiedererwägung durch die Vorinstanz ist inzwischen von Gesetzes wegen ausgeschlossen. Sobald gegen eine Verfügung Beschwerde erhoben wird, ist eine Wiedererwägung durch den Versicherungsträger (sog. Wiedererwägung pendente lite) nur noch möglich bis zu dem Zeitpunkt, in dem der Versicherungsträger im Beschwerdeverfahren die Vernehmlassung einreicht (Art. 53 Abs. 3 ATSG). Die Vorinstanz hat im vorliegenden Verfahren am 29. Juni 2015 mit ihrer Vernehmlassung zur Beschwerde Stellung genommen. Selbst wenn sie es inzwischen aufgrund der von der Beschwerdeführerin erst mit der Replik eingereichten zusätzlichen Unterlagen betreffend den psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin als angezeigt erachten würde (wozu sich die Vorinstanz allerdings nicht geäussert hat), fehlte ihr seit dem Einreichen der Vernehmlassung die Möglichkeit, die angefochtene Verfügung in Wiedererwägung zu ziehen. Offensichtlich ausgeschlossen sind zudem sowohl eine Revision der Verfügung im Sinne von Art. 17 ATSG als auch eine Revision der Verfügung im Sinne von Art. 53 Abs. 1 und 2 ATSG, da die rentenabweisende Verfügung vom 14. April 2015 weiterhin nicht in formeller Rechtskraft erwachsen ist (vgl. KIESER, a.a.O., N 4 zu Art. 17, N 2 ff. zu Art. 53).

Zu prüfen bleibt aber, ob das urteilende Gericht mittels der von der Beschwerdeführerin verlangten Rückweisung der Angelegenheit zu weiteren Abklärungen dafür zu sorgen hat, dass ergänzende Abklärungen mit Bezug auf den psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin getroffen werden, bevor über ihren Leistungsanspruch entschieden wird.

d. Das Obergericht hat im vorliegenden Verfahren unter Mitwirkung der Parteien die für den Entscheid erheblichen Tatsachen festzustellen; es erhebt die notwendigen Beweise und ist in der Beweiswürdigung frei (Art. 61 lit. c ATSG). Rechtserheblich sind alle Tatsachen von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_279/2015 vom 27. August 2015, E. 1.2.1, m.w.H.). Nach ständiger Rechtsprechung beurteilt das Sozialversicherungsgericht die Gesetzmässigkeit der angefochtenen Verfügungen in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit des Verfügungserlasses gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (Urteil des Bundesgerichts 9C_540/2015 vom 15. Oktober 2015, E. 3.1, m.w.H.). Diese Regel gilt indes nicht in Bezug auf Umstände, die mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und die geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses des Einspracheentscheids zu beeinflussen (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 9C_101/2007 vom 12. Juni 2007, E. 3.1, m.w.H.). Gerichtliche Abklärungsmassnahmen bzw. je nach Zweckmässigkeit alternativ die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu weiteren Abklärungen (vgl. KIESER, a.a.O, N 101 zu Art. 61) sind unter anderem dann angezeigt, wenn die Verwaltung zwar ihrer Abklärungspflicht vollumfänglich nachgekommen ist, im Rahmen des Gerichtsverfahrens aber neue medizinische Unterlagen zu den Akten gelangen, die eine weitere Abklärung erforderlich machen (vgl. dazu auch ZÜND/PFIFFNER-RAUBER, Gesetz über das Sozialversicherungsgericht, 2. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2009, N 8 zu § 23). Aufgrund des Untersuchungsgrundsatzes sind neue Vorbringen tatsächlicher Art vom Gericht zu berücksichtigen, und zwar unabhängig davon, ob die beschwerdeführende Partei bereits vorher in der Lage gewesen wäre, diese vorzubringen (vgl. ZÜND/PFIFFNER-RAUBER, N 18 zu § 18).

e. Mit Replik vom 22. Juli 2015 reichte die Beschwerdeführerin ein Schreiben des Hausarztes der Beschwerdeführerin, Dr. E____, vom 19. Mai 2015 ein (act. 10.10), in welchem dieser berichtete, die Beschwerdeführerin habe sich am 17. März 2015 bei ihm gemeldet wegen Beschwerden, die er einer Depression zuordnen musste; gleichentags sei mit einer medikamentösen Therapie gegen Depression begonnen worden. Aus diesem Schreiben geht erstmals klar hervor, dass die Beschwerdeführerin sich schon vor Erlass

der angefochtenen Verfügung infolge psychischer Probleme in ärztliche Behandlung begeben hatte. In dem der Replik ebenfalls beigelegten Schreiben des Psychiatrischen Zentrums Appenzell Ausserrhoden vom 19. Juni 2015 (act. 10.11) werden bei der Beschwerdeführerin eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome sowie Probleme bei schwerer körperlicher Misshandlung in der Kindheit diagnostiziert. Gemäss Arztbericht vom 20. Juli 2015 wird der Beschwerdeführerin aufgrund dieser Diagnosen eine Arbeitsunfähigkeit von 50% in behinderungsangepasster Tätigkeit attestiert (IV-act. 10.12, Ziff. 1.8), mit grundsätzlich positiver Prognose.

f. Dass es sich bei der zunächst durch den Hausarzt diagnostizierten und behandelten Depression um eine schwerwiegende psychische Gesundheitsstörung handelte, ist schon allein daran erkennbar, dass relativ kurz darauf eine zunächst ambulante und dann stationäre Einweisung in die psychiatrische Klinik erfolgte. Dort erfolgte dann die genauere Diagnose einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome einerseits und von psychischen Problemen bei schwerer körperlicher Misshandlung in der Kindheit andererseits. Angesichts dieses Sachverhaltsablaufs ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass die Beschwerdeführerin schon vor bzw. im Verfügungszeitpunkt an gravierenden psychischen Beeinträchtigungen litt, welche die Vorinstanz nur deshalb nicht in der Verfügung über den Leistungsanspruch mitberücksichtigt hat, weil es ihr - unverschuldet - an entsprechender Kenntnis darüber mangelte. Heute ist dieser Sachverhalt jedoch, insbesondere aufgrund der von der Beschwerdeführerin mit der Replik eingereichten Arztberichte, hinreichend belegt. Daher kann bei heutiger Kenntnis des Sachverhalts nicht einfach übergangen werden, dass die Beschwerdeführerin schon im Verfügungszeitpunkt unter psychischen Beeinträchtigungen litt. Für die Beurteilung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin und damit letztlich auch einem allfälligen Leistungsanspruch gegenüber der Vorinstanz ist daher auch der psychische Gesundheitszustand mitzubersücksichtigen. Die angefochtene Verfügung ist daher aufzuheben und die Vorinstanz anzuweisen, den Sachverhalt auch in psychischer Hinsicht rechtsgenüglich abzuklären, bevor über den allfälligen Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin neu verfügt wird.

g. Insoweit die Vorinstanz in der Vernehmlassung davon ausgeht, es handle sich lediglich um eine depressive Episode, die als reaktive Störung auf die Rentenabweisung zu betrachten sei, weshalb darin keine invalidisierende psychische Beeinträchtigung erblickt werden könne, kann dem nicht zugestimmt werden. Selbst wenn gewisse psychosoziale Faktoren einen Einfluss auf den psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin haben sollten, so lässt es allein der Schweregrad der inzwischen diagnostizierten psychischen Beeinträchtigung nicht zu, ohne nähere medizinische Abklärungen davon

auszugehen, es handle sich bei der psychischen Störung einzig um eine Reaktion auf den negativen IV-Entscheid, welcher ärztlicher Behandlung zugänglich sei. Da der rechtserhebliche Sachverhalt jedoch erst im Verlaufe des Beschwerdeverfahrens bekannt wurde, mag zwar die Argumentation der Vorinstanz in der Vernehmlassung aus damaliger Sicht noch nachvollziehbar sein, ist aber inzwischen überholt. Erst nachdem ergänzende Sachverhaltsabklärungen in psychiatrischer Hinsicht erfolgt sind, wird die Vorinstanz in der Lage sein, gestützt darauf erneut abschliessend zu beurteilen, inwieweit die psychische Gesundheitsbeeinträchtigung für die Beurteilung des Leistungsbegehrens der Beschwerdeführerin mitzuberücksichtigen sein wird.

2.4.

Im vorliegenden Fall kann die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin überdies nicht ohne Berücksichtigung der Ergebnisse der von der Beschwerdeführerin absolvierten beruflichen Massnahmen beurteilt werden:

a. Für die Bemessung der Invalidität ist letztlich nicht die Arbeitsfähigkeit, sondern die Erwerbsfähigkeit einer Person massgebend (vgl. oben, E. 2.1). So nimmt bei der Abschätzung der Folgen aus den diagnostizierten gesundheitlichen Beeinträchtigungen zuerst der Arzt Stellung zur Arbeitsfähigkeit. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und im Streitfall Gericht nicht kompetent sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_850/2013 vom 12. Juni 2014, E. 3.2). Diese ärztliche Einschätzung ist eine wichtige Grundlage für die anschliessende juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zugemutet werden kann (vgl. BGE 141 V 281, E. 5.2.1). Nach ständiger Rechtsprechung ist für die Evaluation von konkret geeigneten, leidensangepassten Tätigkeiten die Verwaltung zuständig, die dazu allenfalls Fachpersonen wie Berufsberater beizuziehen hat, und nicht der Arzt, dem in erster Linie die Bestimmung der körperlich-funktionellen Belastbarkeitsgrenzen obliegt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_545/2012 vom 25. Januar 2013, E. 3.2.1, mit Verweis auf BGE 107 V 17, E. 2.b).

b. Die Beschwerdeführerin nahm am 13. Januar 2014 bei der Dreischleibe in Herisau ein Aufbautraining mit der vorgesehenen 4-stündigen Präsenz pro Arbeitstag auf, wirkte dabei von Beginn weg „*interessiert und motiviert*“ (IV-act. 48) und erledigte die zugewiesenen Arbeiten zuverlässig, pflichtbewusst und mit Ausdauer (IV-act. 50). Sie erreichte eine Arbeitsleistung von ca. 40% bei einem 50% Pensum (IV-act. 54). Eine Erhöhung der Arbeitszeit auf 5 Stunden pro Tag sowie ein Arbeitsversuch im 1. Arbeitsmarkt erwiesen sich offenbar als nicht erfolgsversprechend (IV-act. 60), während die Arbeitseinstellung und der Einsatz der Beschwerdeführerin weiterhin klar als positiv bewertet wurden. Das Aufbautraining wurde daher mit der ursprünglichen Arbeitszeit von 4 Stunden pro Tag weitergeführt (IV-act. 72, 78, 80). Aus dem Schlussbericht vom 12. November 2014 (IV-act. 88) geht hervor, dass die Beschwerdeführerin unter folgenden Rahmenbedingungen eine konstante, jedoch eingeschränkte Arbeitsleistung erbringen konnte: max. 50% Pensum; Möglichkeit, Arbeiten abwechselungsweise in stehender und sitzender Position zu erledigen; den verschiedenen Arbeitspositionen angepasste Infrastruktur; Möglichkeit zu kurzen Bewegungspausen. Aufgrund der körperlichen Beeinträchtigungen und den damit verbundenen Rahmenbedingungen wurde die Möglichkeit einer Reintegration in den allgemeinen Arbeitsmarkt als unwahrscheinlich angesehen.

c. Die Vorinstanz hat sich in keiner Weise mit diesen klaren Einschätzungen durch die Fachpersonen, die die Beschwerdeführerin während der absolvierten beruflichen Massnahmen betreut haben, auseinandergesetzt. Arbeits- resp. Erwerbsunfähigkeit ist in allen Fällen das Resultat der - einem objektivierten Massstab folgenden - Beurteilung, ob die versicherte Person trotz des ärztlich diagnostizierten Leidens einer angepassten Arbeit zumutbarerweise ganz oder teilweise nachgehen kann (vgl. dazu auch BGE 141 V 281, E. 3.7.3). Rückschlüsse auf den Schweregrad einer Gesundheitsschädigung ergeben sich nicht nur aus der medizinischen Behandlung, sondern auch aus der Eingliederung im Rechtssinne. Im Fall der Beschwerdeführerin hat die Vorinstanz die Arbeitsvermittlung schliesslich mangels Erfolg abgeschlossen (IV-act. 91), während aus dem IV-Schlussbericht (IV-act. 88) hervorgeht, dass die Beschwerdeführerin die an sie gestellten Anforderungen durchwegs erfüllt oder sogar übertroffen hatte und ihr überdies generell Zuverlässigkeit, Motivation, Sorgfalt, eine rasche Auffassungsgabe und ein engagiertes Bemühen attestiert wurden. Eine solche, trotz optimaler Kooperation misslungene Eingliederung kann im Rahmen einer gesamthaften, die jeweiligen Umstände des Einzelfalles berücksichtigenden Prüfung bedeutsam sein (vgl. dazu auch BGE 141 V 281, E. 4.3.1.2) und darf daher nicht einfach völlig ausser Acht gelassen werden.

d. Zwischen Medizinern und Berufsberatern der Invalidenversicherung ist eine enge, sich gegenseitig ergänzende Zusammenarbeit erforderlich. Die Aufgabe des Arztes ist primär darauf beschränkt, zu sagen, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen bzw. geistigen Funktionen durch das Leiden eingeschränkt ist, wobei es als selbstverständlich gilt, dass sich der Arzt vor allem zu jenen Funktionen äussert, welche für die nach seiner Lebenserfahrung im Vordergrund stehenden Arbeitsmöglichkeiten der versicherten Person wesentlich sind (so etwa, ob der Versicherte sitzend oder stehend, im Freien oder in geheizten Räumen arbeiten kann oder muss, ob er Lasten heben und tragen kann, ob er komplexe oder nur einfache Arbeitsabläufe erfassen kann, usw.). Welche konkreten beruflichen Tätigkeiten auf Grund der ärztlichen Angaben und unter Berücksichtigung der übrigen Fähigkeiten des Versicherten in Frage kommen, ist dagegen zur Hauptsache Aufgabe des Berufsberaters der Invalidenversicherung (BGE 107 V 17, E. 2b) oder kann durch tatsächlich ausgeübte Tätigkeiten belegt sein (Urteil des Bundesgerichts 8C_119/2008 vom 22. September 2008, E. 6.2, m.w.H.).

e. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung zu Unrecht nicht mit den Einschätzungen der Fachpersonen berufliche Eingliederung, welche die Beschwerdeführerin während dem 10-monatigen Arbeitstraining betreut haben, auseinandergesetzt hat. Unter den gegebenen Umständen kann bei der Beurteilung der Erwerbsunfähigkeit der Beschwerdeführerin die (bisher) gescheiterte berufliche Eingliederung aber nicht völlig ausser Acht gelassen werden. Allenfalls sind diesbezüglich auch Rückfragen bei Dr. D___ notwendig, insoweit die Vorinstanz zum Schluss gelangen sollte, dass nicht erklärbare Widersprüche vorhanden sind zwischen seiner medizinischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin und den tatsächlichen Feststellungen der die Beschwerdeführerin während der beruflichen Massnahmen betreuenden Fachpersonen. Erst unter Mitberücksichtigung auch der Einschätzungen der Fachpersonen berufliche Eingliederung kann in einer Gesamtwürdigung der Umstände abschliessend beurteilt werden, ob bzw. inwieweit es der Beschwerdeführerin unter Annahme des in der Invalidenversicherung massgeblichen ausgeglichenen Arbeitsmarkts zumutbar wäre, die medizinisch festgestellte Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt umzusetzen.

Überdies ist zu beachten, dass die Beschwerdeführerin nach wie vor ausdrücklich Interesse an Wiedereingliederungsmassnahmen bekundet. Im Rahmen der neu vorzunehmenden Beurteilung des Leistungsanspruchs wird die Vorinstanz daher auch erneut zu prüfen haben, ob der Beschwerdeführerin geeignete Unterstützung angeboten werden kann.

2.5.

a. Insoweit die Beschwerdeführerin geltend macht, der von der Vorinstanz vorgenommene Einkommensvergleich sei falsch, braucht darauf im vorliegenden Verfahren nicht im Einzelnen eingegangen zu werden, da die Vorinstanz nach den erfolgten notwendigen Abklärungen ohnehin einen neuen Einkommensvergleich unter Berücksichtigung der zusätzlichen Sachverhaltserkenntnisse vorzunehmen haben wird.

b. Immerhin sei aber bereits an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die pauschale Begründung der Vorinstanz, weshalb bei der Beschwerdeführerin zum Vornherein kein Leidensabzug zu berücksichtigen sei (vgl. Vernehmlassung: *„Angesichts dessen, dass das Anforderungsniveau 4 der statistischen Löhne eine Vielzahl von körperlich leichten Arbeiten enthält, ist die Berücksichtigung eines Leidensabzugs nicht notwendig“*), nicht überzeugt. Gemäss ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichts wird bei der Ermittlung des Invalideneinkommens mittels der LSE-Tabellen vom Medianwert ausgegangen (BGE 124 V 323, E. 3b/aa, m.w.H.). Dieser Medianwert stellt einen statistischen Zentralwert dar. Im konkreten Einzelfall ist unter Umständen in diesem rein rechnerisch festgelegten Medianwert tatsächlich nicht genügend berücksichtigt, dass eine Person ihre Arbeitsfähigkeit aus bestimmten Gründen nur mit unterdurchschnittlichem Erfolg verwerten kann, so dass sie im Vergleich zu voll leistungsfähigen Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt ist. Solche Gründe können in persönlichen und beruflichen Merkmalen liegen, wie etwa dem Umstand, dass eine Person selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert ist, aber namentlich auch Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad können Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben (Urteil des Bundesgerichts 9C_366/2015 vom 22. September 2015, E. 4.1, m.w.H.). Solchen Erschwerissen wird durch einen Abzug von maximal 25% des Medianwerts des herangezogenen Tabellenlohnes Rechnung getragen. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen, sondern ist unter Würdigung der gesamten Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_437/2015 vom 30. November 2015, E. 2.2, m.w.H.).

c. Die Wahl des niedrigsten Anforderungsniveaus im Fall der Beschwerdeführerin schliesst einen Abzug vom Tabellenlohn, der auf dem rein rechnerisch festgelegten Medianwert für dieses Anforderungsniveau basiert, daher jedenfalls nicht zum Vornherein aus, wie die Vorinstanz in der Vernehmlassung schreibt. Auch im Fall der Beschwerdeführerin wird sich die Vorinstanz daher im Einzelnen mit in Frage kommenden Abzugsgründen auseinanderzusetzen haben. Im vorliegenden Verfahren kann offengelassen werden, ob die von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Gründe tatsächlich einen Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigen oder nicht. Bei der Beurteilung, ob ein Leidenabzug

gerechtfertigt ist oder nicht, wird zudem auch zu beachten sein, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzuges einfließen dürfen, weil dies zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunktes führen würde (Urteil des Bundesgerichts 9C_846/2014 vom 22. Januar 2015, E. 4.1.1, m.w.H.). Es wird Sache der Vorinstanz sein, bei der erneuten Prüfung des Leistungsanspruchs der Beschwerdeführerin im Einzelnen zu prüfen, ob im Fall der Beschwerdeführerin ein Leidensabzug - und falls ja, in welchem Umfang - angezeigt ist.

3. Kosten und Entschädigung

Nach Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG sind Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung kostenpflichtig. Weil die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zwecks ergänzender Abklärungen rechtsprechungsgemäss als Obsiegen gilt (anstelle vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_874/2014 vom 2. September 2015, E. 5; BGE 137 V 57, E. 2.1), sind dem Verfahrensausgang entsprechend bei der obsiegenden Beschwerdeführerin keine Kosten zu erheben (vgl. auch Art. 19 Abs. 3 e contrario i.V.m. Art. 53 Abs. 1 VRPG).

Der Invalidenversicherung werden grundsätzlich keine Verfahrenskosten auferlegt und keine Parteientschädigungen zugesprochen (Art. 61 lit. g ATSG e contrario, KIESER, a.a.O., N 58 und 199 f. zu Art. 61; vgl. Art. 22 Abs. 1 VRPG).

Die IV-Stelle Appenzell Ausserrhoden hat der Beschwerdeführerin dem Verfahrensausgang entsprechend eine Parteientschädigung auszurichten (Art. 61 lit. g ATSG), womit sich die der Beschwerdeführerin gewährte unentgeltliche Verbeiständung erübrigt. Im vorliegenden Fall erscheint eine Entschädigung von pauschal Fr. 3'000.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen.

Demnach erkennt das Obergericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde von A___ wird die angefochtene Verfügung vom 14. April 2014 betreffend Invalidenrente aufgehoben und die Sache zu weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen und anschliessender Neuverfügung an die Vorinstanz zurückgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben. Die Gerichtskasse wird angewiesen, der Beschwerdeführerin den geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 800.-- zurückzuerstatten.
3. Die IV-Stelle wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.
4. **Rechtsmittel:** Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit dessen Zustellung beim Schweizerischen Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG, SR 173.110) geführt werden. Die Beschwerdeschrift ist zu unterzeichnen und dreifach einzureichen. Der angefochtene Entscheid mitsamt Zustellcouvert ist beizulegen. Die Beschwerdeschrift hat die Begehren und deren Begründung zu enthalten. Die Beweismittel sind zu bezeichnen und, soweit die Beschwerdeführerin diese in Händen hat, beizulegen.
5. Zustellung an die Beschwerdeführerin über deren Anwältin, die Vorinstanz, das Bundesamt für Sozialversicherungen sowie nach Rechtskraft an die Gerichtskasse (im Dispositiv).

Im Namen der 3. Abteilung des Obergerichts

Der Obergerichtsvizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

lic. iur. Walter Kobler

lic. iur. Annika Mauerhofer

versandt am: 14.04.16