

mit Einspracheentscheid vom 19. Januar 2007, den Rentenanspruch der Versicherten jeweils abgelehnt.

B. Am 28. Mai 2015 hat sich die Versicherte bei der IV-Stelle erneut zum Leistungsbezug angemeldet. Dabei hat sie angegeben, dass sie seit dem 21. August 2013 vollständig arbeitsunfähig sei. Der Kopf und die linke Schulter seien schief und die Hüften auch. Sie habe drei Bandscheibenvorfälle durchgemacht und leide an psychischen Problemen sowie an Schlafstörungen. Seit dem letzten Unfall am 20. August 2013 habe sich ihre gesundheitliche Situation verschlimmert. Zuletzt sei sie vom 1. Juli 2009 bis 31. März 2014 im Umfang von 100% mit ihrer eigenen Firma im Reinigungsbereich selbständig gewesen. Nachdem die IV-Stelle auf dieses Leistungsbegehren der Versicherten eingetreten war, hat sie nach Abklärung der gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse, namentlich gestützt auf das zu Handen des Krankentaggeldversicherers der Versicherten erstattete Gutachten der Polydisziplinären Medizinischen Abklärungen (PMEDA) vom 30. September 2015, mit Verfügung vom 21. Mai 2019 unter Hinweis auf eine fehlende Invalidität einen Rentenanspruch erneut abgelehnt.

C. Hiergegen erhob die Versicherte am 14. Juni 2019 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Sie beantragte, dass ihr in Aufhebung der angefochtenen Verfügung mit Wirkung der Einreichung ihres Leistungsgesuchs mindestens eine halbe Rente der IV auszurichten sei. Eventualiter sei die Angelegenheit zwecks Einholung eines unabhängigen psychiatrischen Obergutachtens an die Vorinstanz zurückzuweisen.

D. Die IV-Stelle schloss mit Vernehmlassung vom 26. August 2019 auf Abweisung der Beschwerde.

E. Mit verfahrensleitender Verfügung vom 2. September 2019 lehnte das Kantonsgericht das Gesuch der Beschwerdeführerin um unentgeltliche Rechtspflege mangels Bedürftigkeit ab.

Auf die Vorbringen der Parteien ist soweit notwendig in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der

vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die frist- und formgerecht erhobene Beschwerde der Versicherten vom 14. Juni 2019 ist demnach einzutreten.

2.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre 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 gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c).

2.2 Als Invalidität gilt nach Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter 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 allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach dem im Rahmen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 in Kraft gesetzten Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

2.3 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (BGE 128 V 30 E. 1).

2.4 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG wird die Rente nach dem Grad der Invalidität abgestuft. Die versicherte Person hat Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70%, auf eine Dreiviertelrente, wenn sie zu mindestens 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50% und auf eine Viertelrente, wenn sie zu mindestens 40% invalid ist.

3.1 Gemäss Art. 17 ATSG sind laufende IV-Renten für die Zukunft zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben, wenn sich der Invaliditätsgrad in einer für den Anspruch erheblichen Weise ändert. Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Zu denken ist dabei in erster Linie an eine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes der

versicherten Person. Darüber hinaus ist die Rente aber auch revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 349 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine abweichende medizinische oder rechtliche Einschätzung von im Wesentlichen unveränderten tatsächlichen Verhältnissen alleine führt nicht zu einer materiellen Revision. Bloss auf einer anderen Wertung beruhende, revisionsrechtlich unerhebliche Differenzen sind von revisionsbegründenden tatsächlichen Veränderungen deshalb abzugrenzen. Eine ärztliche Schlussfolgerung, die von der früheren abweicht, obwohl sich der beurteilte Gesundheitszustand effektiv nicht verändert hat, ist meist auf eine unterschiedliche Ausübung des medizinischen Ermessens (vgl. dazu BGE 137 V 253 E. 3.4.2.3) zurückzuführen (Urteil J. des Bundesgerichts vom 29. August 2011, 9C_418/2010, E. 4.1 mit weiteren Hinweisen). Zeitliche Vergleichsbasis für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht (BGE 133 V 114 E. 5.4; vgl. auch BGE 130 V 75 ff. E. 3.2.3).

3.2 Bei der hier vorliegenden Neuanmeldung zum Leistungsbezug handelt es sich nicht um eine Rentenrevision nach Art. 17 ATSG. Gleichwohl zielt auch eine Neuanmeldung auf eine erneute Prüfung des Leistungsanspruchs aufgrund veränderter Verhältnisse ab. Dementsprechend knüpft das Gesetz das Eintreten auf eine Neuanmeldung an dieselben Voraussetzungen, wie sie auch im Falle eines Revisionsgesuchs gelten (Art. 87 Abs. 4 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV] vom 17. Januar 1961 in Verbindung mit Art. 87 Abs. 3 IVV; zur Prüfung der Eintretensfrage vgl. auch BGE 117 V 198 E. 3a; BGE 109 V 114 E. 2b, BGE 109 V 264 f. E. 3). Aber auch im Rahmen der materiell-rechtlichen Anspruchsprüfung besteht eine grundsätzliche Analogie zwischen einer Neuanmeldung und einer Revision nach Art. 17 ATSG (BGE 130 V 64). Hier wie dort hat die Verwaltung im Wesentlichen gleich vorzugehen, und treffen die IV-Stelle im Wesentlichen dieselben materiellen Abklärungs- und Prüfungspflichten (BGE 109 V 115 E. 2b; BGE 117 V 198 E. 3a). Letzteres gilt auch für ein gestützt auf Art. 87 Abs. 2 IVV von Amtes wegen eingeleitetes Revisionsverfahren, hat die Verwaltung doch jeweils gleichermassen zu prüfen, ob die (von ihr für möglich und daher für näher abklärungsbedürftig gehaltene) Änderung des Invaliditätsgrades tatsächlich eingetreten ist und, bejahendenfalls, ob die festgestellte Änderung den Rentenanspruch tatsächlich erheblich beeinflusst. Diese in der Sache bestehenden Gemeinsamkeiten sowohl bei einer Rentenrevision als auch bei einer Neuanmeldung legen es nahe, die entscheidende Frage nach einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades in sämtlichen Konstellationen – sei es im Rahmen der Eintretensfrage nach Art. 87 Abs. 3 und 4 IVV, sei es im Rahmen der materiellen Anspruchsbeurteilung – nach denselben Grundsätzen zu prüfen. Diesem Zweck kann nur wirksam Rechnung getragen werden, wenn sich die versicherte Person das Ergebnis der letztmaligen materiellen Überprüfung des Rentenanspruchs - mit rechtsgenügender Abklärung des Gesundheitszustands und gesetzeskonformer Ermittlung des Invaliditätsgrades – ebenfalls im Rahmen eines erneuten Leistungsgesuchs entgegenhalten lassen muss. Dies gilt auch in zeitlicher Hinsicht, weshalb der relevante Vergleichszeitraum hinsichtlich der materiellen Anspruchsprüfung im Neuanmeldungsverfahren analog zu einer Rentenrevision nach Art. 17 ATSG zu bestimmen ist (BGE 133 V 108 E. 5.2).

3.3 Beim Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 21. Mai 2019 hat die IV-Stelle diese Grundsätze missachtet. Sie hat übersehen, dass es sich bei der am 28. Mai 2015 eingegangenen Anmeldung zum Leistungsbezug (IV-Dok 55) nicht um eine erstmalige Anmeldung, sondern um eine Neuanschuldung gehandelt hat, nachdem sie den Rentenanspruch der Versicherten zuletzt mit Verfügung vom 9. März 2006, bestätigt mit Einspracheentscheid vom 19. Januar 2007, rechtskräftig abgelehnt hatte (IV-Dok 37). Wenn die IV-Stelle wie vorliegend auf eine Neuanschuldung eintritt, so steht eine Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen jedoch noch nicht fest, sondern sie ist erst glaubhaft gemacht. Die IV-Stelle – und im Beschwerdefall das Gericht – haben demnach in erster Linie gemäss Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV sowie gestützt auf Art. 17 ATSG analog zu einer Rentenrevision zu prüfen, ob sich seit der letzten Verfügung eine tatsächliche Veränderung in einer für den aktuellen Anspruch erheblichen Weise effektiv nachweisen lässt. Andernfalls ist das Leistungsgesuch mangels veränderter Verhältnisse ohne Weiterungen abzuweisen.

3.4 Eine einlässliche materielle Prüfung des Rentenanspruchs mit einer vertieften Abklärung des medizinischen Sachverhalts erfolgte letztmals im Rahmen der im März 2006 eingeleiteten Leistungsüberprüfung (IV-Dok 19), in deren Verlauf die IV-Stelle nebst einer Abklärung der erwerblichen und haushalterischen Verhältnisse (IV-Dok 25) insbesondere ein rheumatologisch-psychiatrisches Gutachten beim Ärztlichen Begutachtungsinstitut (ABI) vom 22. September 2005 eingeholt hat. Gestützt auf dessen Ergebnisse eröffnete die IV-Stelle der Versicherten mit Verfügung vom 9. März 2006, dass das Leistungsbegehren abgewiesen werde, weil der IV-Grad unter 40% liege. Daran hielt sie in ihrem in Rechtskraft erwachsenem Einspracheentscheid vom 19. Januar 2007 mit der Begründung fest, dass gemäss ABI-Gutachten vom 22. September 2005 keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hätten erhoben werden können. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung der nunmehr hier massgebenden Frage, ob bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 21. Mai 2019 eine erhebliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die in Analogie zu Art. 17 ATSG eine Leistungszusprache rechtfertigen würden, bildet demnach die Situation, wie sie im Zeitpunkt des Einspracheentscheids der IV-Stelle vom 19. Januar 2007 (IV-Dok 37) bestanden hatte. Strittig ist dabei insbesondere, in welchem Ausmass die Versicherte aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen aktuell arbeitsunfähig ist.

4.1 Nach Art. 6 ATSG ist die 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 (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Diese Legaldefinition stimmt im Wesentlichen mit dem Begriff der Arbeitsunfähigkeit überein, wie ihn die Rechtspraxis vor dem Inkrafttreten des ATSG entwickelt hatte (vgl. etwa BGE 129 V 53 E. 1.1 in fine mit Hinweisen). Die bis zum 31. Dezember 2002 ergangene diesbezügliche Rechtsprechung des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen] bleibt folglich weitestgehend anwendbar (BGE 130 V 345 E. 3.1.1).

4.2 Die Annahme insbesondere einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 131 V 50 E. 1.2, 130 V 398 ff. E. 5.3 und E. 6). Zu betonen ist, dass im Kontext der rentenmässig abzugelbenden psychischen Leiden belastenden psychosozialen Faktoren sowie soziokulturellen Umständen allerdings kein Krankheitswert zukommt. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 8 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG setzt deshalb in jedem Fall ein medizinisches Substrat voraus, das die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Ist eine psychische Störung von Krankheitswert schlüssig erstellt, kommt der weiteren Frage zentrale Bedeutung zu, ob und inwiefern, allenfalls bei geeigneter therapeutischer Behandlung, von der versicherten Person trotz des Leidens willensmässig erwartet werden kann, zu arbeiten und einem Erwerb nachzugehen (BGE 127 V 294 E. 5a mit Hinweisen). Zur Annahme einer durch eine psychische Gesundheitsbeeinträchtigung verursachten Erwerbsunfähigkeit genügt es also nicht, dass die versicherte Person nicht hinreichend erwerbstätig ist; entscheidend ist vielmehr, ob anzunehmen ist, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit sei ihr sozial-praktisch nicht mehr zumutbar oder – als alternative Voraussetzung – sogar für die Gesellschaft untragbar (BGE 127 V 294 E. 4c in fine). Zu den psychischen Gesundheitsschäden gehören neben den eigentlichen Geisteskrankheiten auch seelische Abwegigkeiten mit Krankheitswert. Nicht als Auswirkungen einer krankhaften seelischen Verfassung und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten indessen jene Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, Arbeit in ausreichendem Masse zu verrichten, zu vermeiden vermöchte, wobei das Mass des Forderbaren weitgehend objektiv bestimmt werden muss (BGE 131 V 50 f. E. 1.2, 130 V 353 E. 2.2.1; je mit Hinweisen).

5.1 Zur Feststellung der medizinischen Verhältnisse ist die rechtsanwendende Behörde auf Unterlagen angewiesen, die ihr von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 158 f. E. 1b mit zahlreichen Hinweisen). Das Gericht hat diese Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 232 E. 5.1; 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c). Einem Gutachten externer Spezialärzte, welche von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG

eingeholt wurden und den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen, darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4).

5.2 Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind (MAX KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4. Auflage, Bern 1984, S. 134 f.). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhaltes genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 121 V 47 E. 2a; ZAK 1986 S. 189 f. E. 2c). Ein Anspruch auf Leistungen besteht nur, wenn die Voraussetzungen dafür mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erfüllt sind.

6.1 Der Rentenablehnung aus dem Jahr 2007 liegt das ABI-Gutachten vom 22. September 2005 zu Grunde (IV-Dok 23). Darin werden keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit erhoben. Als Diagnosen ohne Einfluss sind namentlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine Migräne gestellt worden. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Kassiererin und Verkäuferin seien der Versicherten sowohl aus somatischer wie auch aus psychiatrischer Sicht vollumfänglich zumutbar. Auch für sämtliche andere körperlich leichte Tätigkeiten mit der Möglichkeit zu Wechselpositionen und intermittierend mittelschwerer körperlicher Belastung bestehe eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Aus der Anamnese des psychiatrischen Teil-Gutachtens des ABI geht sodann hervor, dass die Versicherte unter Schmerzen am Kopf, Nacken, Rücken, der Arme, Beine und an der Brust leiden würde. Der ganze Körper würde schmerzen. Ihre Kraft sei vermindert. Dem psychopathologischen Befund zufolge seien die Klagen der Versicherten über ihre Schmerzen jedoch recht diffus ausgefallen. Die Stimmung sei zwar bedrückt, jedoch nicht depressiv gewesen. Wahrnehmung, Auffassung und Gedächtnis seien nicht beeinträchtigt gewesen. Dieser Befund habe sich seit der letzten psychiatrischen Begutachtung im Dezember 2003 nicht wesentlich verändert. Der psychiatrischen Beurteilung des ABI zufolge habe die Versicherte aus ihren Beschwerden einen hohen, sekundären Krankheitsgewinn gezogen, wonach sie für sich und ihre Umgebung die Rechtfertigung erziele, keiner beruflichen Tätigkeit mehr nachgehen zu müssen. Vor diesem Hintergrund könne sie nicht auf die Schmerzen verzichten, weil dies bedeuten würde, dass sie wieder einer beruflichen Tätigkeit nachgehen müsste. Eine depressive Erkrankung habe nicht vorgelegen. Wie bereits anlässlich der letzten Begutachtung im Dezember 2003 bestehe aufgrund der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung keine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit.

6.2 Medizinische Grundlage der im vorliegenden Verfahren angefochtenen Verfügung bildet demgegenüber das psychiatrische Gutachten der PMEDA vom 30. September 2015 (IV-Dok 76) zu Händen des ehemaligen Krankentaggeldversicherers der Versicherten. Daraus geht hervor, dass die Versicherte vorrangig ein Schmerzsyndrom der linken Körperhälfte beklagt habe, welches seit mehreren Sturzereignissen bestehen würde. Weiter leide sie unter Kopfschmerzen,

Schmerzen im rechten Oberschenkel- und Leistenbereich, einer beeinträchtigten Stimmung, einem reduzierten Antrieb, Sorgen bezüglich der Kinder, Schlafstörungen und gastrointestinales Beschwerden. Diese Beschwerden bestünden seit mindestens 16 Jahren. Im Gegensatz zu den vorgetragenen Beschwerden hätten sich im psychiatrischen Befund aber keine objektiven Einschränkungen finden lassen. Insbesondere die Stimmung, der Antrieb und die affektive Schwingungsfähigkeit seien nicht gestört gewesen, so dass kein namhaftes depressives Syndrom hätte diagnostiziert werden können. Ebenso wenig liege eine anderweitige psychiatrische Erkrankung vor. Insbesondere seien weder eine Traumfolgestörung noch eine somatoforme Schmerzstörung zu diagnostizieren, weil kein den Schmerzen zu Grunde liegender namhafter psychosozialer oder seelischer Konflikt vorliege. Ausserdem wirke die Versicherte nicht wesentlich schmerzgeplagt. Es finde sich somit eine deutliche Diskrepanz zwischen den reklamierten Beschwerden und dem Befund. Der Beschwerdevortrag habe routiniert und verdeutlichend gewirkt, die Angaben zur tatsächlichen Alltagsaktivität seien vage und ausweichend geblieben. Es lägen sichere Zeichen einer bewusstseinsnahen demonstrativen Darbietung von Beschwerden und Einschränkungen vor. Eine psychiatrische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei daher keine zu attestieren, und es bestehe auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten als auch in jeder vergleichbaren anderen Tätigkeit. Die seitens des psychiatrischen Behandlers postulierte Diagnose einer schweren depressiven Episode könne angesichts der erhobenen Befunde nicht bestätigt werden. Ausserdem sei jene Diagnose offenkundig weitgehend aus dem subjektiven Beschwerdevortrag abgeleitet und kein konformer Befund erhoben worden. Ausserdem sei die geringe Intensität der bisher durchgeführten Therapie mit dem Schweregrad der depressiven Erkrankung nicht vereinbar, so dass ein deutlicher Widerspruch zwischen der tatsächlichen Behandlung und der erhobenen Diagnose bestehe (IV-Dok 76).

6.3.1 Nebst dem PMEDA-Gutachten liegen der strittigen Angelegenheit mit Blick auf die aktuellen, gesundheitlichen Verhältnisse diverse weitere medizinische Unterlagen zu Grunde. Unter anderem geht aus den Akten hervor, dass die Versicherte vom 15. bis 30. Juni 2016 stationär in der Klinik B.____ behandelt worden war. Aus dem entsprechenden Austrittsbericht vom 13. Juli 2016 ergibt sich, dass bei der Versicherten eine rezidivierende depressive Störung gegenwärtig mittelgradige Episode, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein Verdacht auf eine histrionische Persönlichkeitsstörung, eine Lumboischialgie, eine Fybromialgie mit mehreren Lokalisationen, eine Sturzneigung sowie eine Allergie auf Nitroglycerin zu diagnostizieren sei. Der Beurteilung in diesem Bericht zufolge sei eine zweiwöchige Krisenintervention durchgeführt worden, nachdem die Versicherte in eine Baugrube oder eine Kanalisation gefallen sei. Die genauen Umstände des Sturzes seien bis zuletzt unklar geblieben. Im Vordergrund der Behandlung sei der Umgang mit der vorbestehenden, chronischen Schmerzsymptomatik sowie der begleitenden und ausgeprägten Verdeutlichungstendenz gewesen. Der Austritt habe im gegenseitigen Einvernehmen stattgefunden. Es habe eine Stabilisierung erreicht werden können. Eine weitere ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sei indiziert. Allerdings habe bisher erst ein Termin stattgefunden (IV-Dok 120).

6.3.2 Den Akten des Unfallversicherers kann entnommen werden, dass die Versicherte am 12. Juni 2016 in eine rund 2,5m tiefe Grube oder einen Schacht gefallen war und sich dabei

Kontusionen an der Schulter und am Kopf zugezogen hat (IV-Dok 123.74 und 123.88). Der Unfallversicherer hat seine Versicherungsleistungen per 30. April 2017 eingestellt und den Fall folgenlos und mit Einspracheentscheid vom 12. Oktober 2017 rechtskräftig abgeschlossen (IV-Dok 131). Der für diese Einschätzung herangezogenen kreisärztlichen Beurteilung vom 7. April 2017 (IV-Dok 123.12) ist zu entnehmen, dass die dazumal allenfalls noch vorhandenen Restbeschwerden der Versicherten auf degenerative Veränderungen bzw. auf die bekannte somatoforme Schmerzstörung zurückzuführen gewesen seien. Das Unfallereignis habe keine strukturellen Läsionen bewirkt, sondern lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung der vorbestehenden, degenerativen Veränderungen an der linken Schulter und an der Wirbelsäule geführt. Diese Aussage deckt sich mit den bildgebenden Aufnahmen vom September 2016, welche keine Hinweise auf allfällige relevante somatische Schmerzursachen ergeben hatten (IV-Dok 123.50).

6.3.3 Dem Bericht der Klinik C.____ vom 5. Dezember 2016 zufolge sei insgesamt eine erhebliche Symptomausweitung beobachtet worden. Es seien klinisch nicht plausible Schmerzen beschrieben worden. Das Schmerzmuster sei undifferenziert, und die Schmerzangaben seien diffus gewesen. Das Schmerzverhalten sei nicht adäquat ausgefallen (IV-Dok 123.34, S. 1 und 12 f.).

6.3.4 Gemäss Arztbericht des behandelnden Hausarztes Dr. D.____, FMH Innere Medizin, vom 28. März 2017, leide die Versicherte an einem Schmerzsyndrom mit Leistungsminderung, Kraftlosigkeit, einer verminderten Belastbarkeit und Konzentrationsstörungen (IV-Dok 119, S. 4, ad Ziff. 1.7). In der Eigenschaft als Reinigungskraft, Verkäuferin oder Buffetangestellte bestehe eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit. Eine körperlich leichte, überwiegend sitzende Tätigkeit sollte im weiteren Verlauf nach Besserung der Beschwerden für die Dauer von zwei bis drei Stunden pro Tag aber möglich sein. Bewegungsarme und erzwungene Sitzhaltungen seien über längere Zeitabschnitte ohne entsprechende Pausen ebenso wenig zumutbar wie repetitive und monotone Tätigkeiten. Eine Tätigkeit mit hohen psychischen Anforderungen sei ebenfalls nicht zu empfehlen. Die Prognose sei schwierig. Es bestehe eine Tendenz zur Chronifizierung. Nebst einer Vielzahl anderweitiger Diagnosen seien in psychiatrischer Hinsicht mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung gegenwärtig mittelgradige Episode sowie ein Verdacht auf eine histrionische Persönlichkeitsstörung zu diagnostizieren (IV-Dok 119, S. 2 f.).

7.1 Vergleicht man das im damaligen Referenzzeitpunkt erstellte ABI-Gutachten vom 22. September 2005 mit den aktuellen Erhebungen im PMEDA-Gutachten vom 30. September 2015, so erhellt, dass eine Veränderung des Gesundheitszustandes der Versicherten ausgeschlossen werden kann. Die Beschwerdeführerin beklagt aktuell wiederum dieselben Beschwerden wie bereits in ihren vorangehenden Anmeldungen zum Leistungsbezug. Bereits anlässlich der Exploration durch das ABI schilderte sie nur diffuse Schmerzen am ganzen Körper, eine Kraftlosigkeit sowie Kopfschmerzen. Ihre Klagen wie auch der schon dazumal im September 2005 erhobene Befund decken sich im Wesentlichen mit den Ergebnissen, wie sie auch dem aktuellen PMEDA-Gutachten vom 30. September 2015 entnommen werden können. Bereits die Gutachter des ABI hatten festgehalten, dass sich der psychiatrische Befund seit der vorangehenden Beurteilung im Dezember 2003 nicht wesentlich verändert habe. Daran hat sich nichts geän-

dert. Dies zeigt alleine schon der Blick in die anamnestischen Angaben der Versicherten anlässlich der Exploration durch den explorierenden Psychiater der PMEDA, wonach die geklagten Beschwerden seit mindestens 16 Jahren bestehen würden. Damals wie auch anlässlich der aktuellen Begutachtung der Versicherten haben die Gutachter jedoch keine objektiven Einschränkungen gefunden und konnten insbesondere der diagnostizierten somatoformen Schmerzstörung wie bereits im Jahre 2003 erneut keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zuschreiben. In diesem Zusammenhang decken sich denn auch die von den Gutachtern 2005 und 2015 wiedergegebenen Erklärungsmodelle. Im September 2005 waren die Gutachter des ABI davon ausgegangen, dass die Versicherte aus ihren Beschwerden einen hohen, sekundären Krankheitsgewinn erziele. Der psychiatrische Gutachter der PMEDA kam nunmehr zum Ergebnis, dass sichere Zeichen einer bewusstseinsnahen demonstrativen Darbietung von Beschwerden vorlägen. Diese Erläuterungen sind letztlich kongruent und decken sich mit den übrigen medizinischen Akten, wonach insbesondere sowohl anlässlich des stationären Aufenthalts in der Klinik B. _____ als auch anlässlich des ambulanten Assessments in der Klinik C. _____ im Dezember 2016 eine ausgeprägte Verdeutlichungstendenz bzw. eine erhebliche Symptomausweitung mit inadäquatem Schmerzverhalten im Vordergrund gestanden sind (oben, Erwägungen 6.3.1 und 6.3.3). Damit aber erweist es sich als nachvollziehbar, dass der erhobenen somatoformen Schmerzstörung auch anlässlich der aktuellen Abklärung der psychiatrischen Verhältnisse durch die PMEDA keine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit beigemessen werden konnte.

Die Beschwerdeführerin bringt in diesem Zusammenhang vor, dass zu Unrecht kein strukturiertes Beweisverfahren vorgenommen worden sei. Dieser Auffassung kann nicht gefolgt werden. In BGE 143 V 409 und BGE 143 V 418 hat das Bundesgericht zwar festgestellt, dass sämtliche psychische Erkrankungen – namentlich auch depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur – dem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind. Nichts desto trotz bleibt ein strukturiertes Beweisverfahren dann entbehrlich, wenn im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte (BGE 125 V 351) eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Art und Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 143 V 409, E. 4.5). So verhält es sich auch hier, wonach der explorierende Gutachter der PMEDA in Übereinstimmung mit den übrigen medizinischen Unterlagen eine bewusstseinsnahe demonstrative Darbietung von Beschwerden und Einschränkungen festgestellt hat, welche zum effektiv erhobenen Befund deutlich diskrepant ausgefallen waren.

7.2 Es trifft zwar zu, dass die Versicherte im Jahre 2016 einen erneuten Unfall erlitten hat. Trotzdem ist seit der letzten Leistungsablehnung im Jahre 2007 aber eine nur vorübergehende Verschlechterung eingetreten. Relevante somatische Schmerzursachen struktureller und mithin andauernder Natur haben sich bildgebend jedenfalls keine finden lassen (oben, Erwägung 6.3.2 a.E.). Schon bald nach dem zuletzt erlittenen Sturzereignis hat das Beschwerdebild vielmehr wieder jenem gesundheitlichen Zustand entsprochen, wie ihn die Versicherte schon Jahre zuvor geschildert hatte. Dies zeigt auch ein Blick in den Bericht der Klinik C. _____ vom 5. Dezember 2016, wonach unter dem Titel der aktuellen Probleme hervorgeht, dass im Rahmen einer in erster Linie bestehenden erheblichen Symptomausweitung dieselben Beschwerden beklagt wurden, wie sie bereits gegenüber dem psychiatrischen Gutachter des ABI im Jahre 2005 vorgebracht worden

waren. Sowohl gegenüber den Ärztinnen und Ärzten der Klinik C.____ als auch bereits im Jahr 2005 gegenüber den Gutachtern des ABI hatte die Versicherte berichtet, dass ihr keine berufliche Tätigkeit mehr möglich sei, weil ihr die Kraft dazu fehle. Der Auszug aus dem individuellen Konto der Versicherten zeigt jedoch, dass sie in den Jahren 2010 bis 2012 ein Einkommen erwirtschaftet hat (IV-Dok 62), welches mit überwiegender Wahrscheinlichkeit umfangmässig mit einer nur hohen Erwerbstätigkeit hat erzielt werden können. Von 2014 bis 2016 hat sie sodann Leistungen der Arbeitslosenversicherung bezogen, bis sie im November 2017 schliesslich eine neue Anstellung in Z.____ begonnen hat (IV-Dok 133). Die von der Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerdebegründung vertretene Auffassung, dass sie aufgrund ihres Gesundheitszustandes schlicht nicht arbeiten könne, ist deshalb bereits gestützt auf den von ihr aktenkundig erzielten Verdienst nicht nachvollziehbar. Daran können weder die von ihrem behandelnden Psychiater in den Jahre 2014 und 2015 ausgestellten Atteste (IV-Dok 76, S. 30 f.) noch der Bericht der Klinik B.____ vom 13. Juli 2016 etwas ändern. Was zunächst den Bericht der Psychiatrie Baselland vom 13. Juli 2016 betrifft, ist festzustellen, dass die Versicherte in einem stabilisierten Zustand wieder entlassen worden war. Eine Arbeitsunfähigkeit geht aus diesem Bericht denn auch nicht hervor. Ausserdem fällt auf, dass die in diesem Bericht erhobenen Diagnosen von den Klinikärztinnen und –ärzten nicht selber gestellt worden sind, sondern letztlich aus zwei älteren Berichten aus den Jahren 2009 und 2013 stammen (IV-Dok 119 S. 14). Dies vermag nicht zu überzeugen.

7.3 Auch die Atteste des behandelnden Psychiaters sind nur sehr rudimentär ausgefallen. Sie äussern sich grossmehrheitlich nicht zu den gesundheitlichen Hintergründen. Einzig dem Kurzbericht von Dr. med. E.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 25. November 2014 können nähere Informationen zu den psychiatrischen Verhältnissen entnommen werden (IV-Dok 76, s. 16). Ein konformer Befund und gestützt darauf eine nachvollziehbare Begründung, weshalb die Versicherte abweichend zu allen übrigen medizinischen Unterlagen an einer schweren depressiven Störung leide, ist aber auch diesem Bericht nicht zu entnehmen (oben, Erwägung 6.2, a.E.). Zumal die Diagnosestellung des behandelnden Psychiaters offensichtlich auf denselben anamnestischen Angaben der Versicherten beruht, wie sie bereits im Jahre 2005 gegenüber den Gutachtern des ABI beklagt worden waren, vermag die Einschätzung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit deshalb auch in diesem Bericht nicht zu überzeugen. Dies gilt umso mehr, weil die Versicherte im Zeitpunkt des Berichts vom 25. November 2014 nach ihrer Arbeitslosigkeit just wieder eine Anstellung aufgenommen hat (IV-Dok 62). Was sodann die Berichte ihres Hausarztes Dr. D.____, namentlich dessen Bericht vom 28. März 2017, betrifft, so sind darin entweder Diagnosen aufgeführt, die von vornherein nicht als krankheitswertig eingestuft werden können, oder welche sich – wie insbesondere die rezidivierende depressive Störung – aus fachärztlich-psychiatrischer Sicht letztlich nicht bestätigen liessen. Auch die Befunde somatischer Natur, welche der Hausarzt in seinem Bericht vom 28. März 2017 aufgeführt hat, konnten trotz Abklärungen, insbesondere bezüglich der langjährig beklagten Schwindelsymptomatik, nicht bestätigt werden (IV-Dok 119, S. 30). Ausserdem fällt auf, dass die Diagnosen, die bereits im Bericht der Klinik B.____ vom 13. Juli 2016 aus früheren Arztberichten der Jahre 2009 und 2013 übernommen worden sind, ohne Begründung und mithin nur unreflektiert schliesslich auch vom Hausarzt aufgenommen worden sind. Sein Attest einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit vermag die gutachterliche Einschätzung der PMEDA mithin nicht umzustossen.

7.4 Zusammenfassend ist seit der letztmaligen Leistungsablehnung im Januar 2007 (IV-Dok 37) keine Veränderung in den gesundheitlichen Verhältnissen auszumachen. Gestützt auf das schlüssige Gutachten der PMEDA vom 30. September 2015 ist vielmehr davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin insbesondere aus psychiatrischer Sicht weiterhin vollumfänglich arbeitsfähig ist. Eine erhebliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, welche im Rahmen der zur Diskussion stehenden Neuanmeldung vom 28. Mai 2015 in Analogie zu Art. 17 ATSG eine Leistungszusprache rechtfertigen würde, liegt jedenfalls keine vor. Eine weitere Prüfung des Rentenbegehrens in Form eines Einkommensvergleichs erübrigt sich bei dieser Aktenlage. Dies führt im Ergebnis zur Abweisung der Beschwerde.

8. Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG sind Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Verfahrenskosten werden gestützt auf § 20 Abs. 3 VPO in der Regel in angemessenem Ausmass der unterliegenden Partei auferlegt. Vorliegend ist die Beschwerdeführerin unterliegende Partei. Die Verfahrenskosten, welche praxisgemäss auf Fr. 800.-- festzusetzen sind, sind somit ihr aufzuerlegen und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist keine Parteientschädigung auszurichten.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt und mit dem Kostenvorschuss in Höhe von Fr. 800.- verrechnet.