Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 31. Juli 2014 (725 14 15 / 181)

Unfallversicherung

Leistungseinstellung rechtmässig; Die Behandlung des verunfallten Knies ist abgeschlossen

Besetzung	Präsident Andreas Brunner, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Kantonsrichter Dieter Freiburghaus, Gerichtsschreiberin Vijitha Schniepper-Muthuthamby
Parteien	**A.**____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Monica Armesto, Advokatin, indemnis, Spalenberg 20, 4001 Basel gegen **SUVA**, Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin
Betreff	Leistungen

A. Die 1971 geborene A.____ bezog seit 22. September 2009 Arbeitslosenentschädigung und war durch die Öffentliche Arbeitslosenkasse Baselland bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert. Gemäss den Angaben in der "Bagatellunfall-Meldung UVG für arbeitslose Personen" war die Versicherte am 3. April 2011 (recte: 26. April 2011) mit dem Fuss eingeknickt als sie auf den Bus hatte springen wollen. Dabei hatte sie sich am Knie verletzt. Anlässlich der ärztlichen Erstbehandlung vom

27. April 2011 diagnostizierte Dr. med. B.____, Innere Medizin FMH, mit Arztzeugnis vom 11. Juli 2011 eine Kniegelenkdistorsion links bei Fehltritt. Anschliessend folgten Untersuchungen in der Klinik C.____ sowie eine MRI-Abklärung im Institut D.____. Das MRI zeigte eine ausgedehnte trianguläre Rissbildung des lateralen Meniskus auf. Am 15. Juni 2011 fand in der Klinik C.____ eine Knie-Arthroskopie links mit lateraler Teilmeniscektomie statt. Nachdem die SUVA in der Folge die gesetzlichen Leistungen (Heilkosten, Taggelder) für die Folgen dieses Unfalls erbracht hatte, stellte sie mit Verfügung vom 20. September 2013 die Heilkosten per 30. Juni 2013 und die Taggelder per 30. September 2013 ein. Dies begründete die SUVA damit, dass die Behandlung des linken Kniegelenkes per Ende Juni 2013 abgeschlossen sei und dass keine Funktionseinschränkungen mehr bestehen würden. Die geklagten Rückenbeschwerden stünden in keinem Zusammenhang mit dem Unfall vom 26. April 2011 und es bestehe keine adäquate Kausalität zwischen dem Unfall und den psychogenen Störungen. Daran hielt die SUVA auch auf Einsprache der Versicherten hin mit Entscheid vom 26. November 2013 fest.

B. Hiergegen erhob A.____, vertreten durch Advokatin Monica Armesto, am 15. Januar 2014 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte sie, in Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihr ab dem Einstellungsdatum die gesetzlichen Leistungen zu erbringen; unter o/e-Kostenfolge. In verfahrensrechtlicher Hinsicht beantragte sie die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung mit Advokatin Armesto als unentgeltliche Rechtsvertreterin.

C. Mit Schreiben vom 21. Januar 2014 reichte die Beschwerdeführerin dem Kantonsgericht eine Verfügung der Sozialhilfebehörde E.____ vom 29. November 2013 ein.

D. Die SUVA beantragte in ihrer Vernehmlassung vom 3. März 2014 die Abweisung der Beschwerde.

E. Mit Eingabe vom 25. März 2014 reichte die Beschwerdeführerin einen Bericht des Spitals F.____ vom 17. März 2014 ein. Gestützt darauf beantragte die Beschwerdeführerin die Sistierung des Verfahrens, um die bildgebenden Befunde und das weitere Vorgehen durch das Spital F.____ abzuwarten.

F. Das Kantonsgericht wies den Sistierungsantrag mit Verfügung vom 3. Juni 2014 ab, da einerseits die SUVA mit dem Sistierungsantrag nicht einverstanden sei und andererseits keine zwingenden Gründe für eine Sistierung vorliegen würden.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g :**

1. Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG)

vom 20. März 1981 auf die Unfallversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser in E.____, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a 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 Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die form- und fristgerecht erhobene Beschwerde vom 15. Januar 2014 ist somit einzutreten.

2. Materiell strittig und zu prüfen ist die Frage, ob die Versicherte über den 1. Juli 2013 bzw. 1. Oktober 2013 hinaus Anspruch auf Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung hat. Massgebend ist dabei der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheides vom 26. November 2013 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2).

3.1 Nach Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Dieses beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit 80% des versicherten Verdienstes. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt (Art. 17 Abs. 1 UVG). Der Anspruch entsteht gemäss Art. 16 Abs. 2 UVG am dritten Tag nach dem Unfalltag und er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person. Art. 18 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10% invalid ist. Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie nach Art. 24 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung. Diese wird mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt (Art. 24 Abs. 2 UVG).

3.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 181 E. 3.1 und 3.2). Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs

sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiele (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht – im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen).

3.3 Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest bzw. ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (Kranken- und Unfallversicherung - Rechtsprechung und Verwaltungspraxis [RKUV] 1994 Nr. U 206 S. 326 E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b, je mit Hinweisen). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 134 V 125 f. E. 9.5 mit Hinweisen) nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (Sozialversicherungsrecht – Rechtsprechung [SVR] 2009 UV Nr. 3 E. 2.2; RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45 E. 2, 1994 Nr. U 206 S. 326 E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b). Der Beweis des Wegfalls des Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Januar 2009, 8C_847/2008, E. 2 mit Hinweisen).

4. Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte – wie der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit sowie der Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im

Bereich der Medizin – ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 158 f. E. 1b mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Das Gericht hat diese medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. 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, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es 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 Arztberichtes ist demnach 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 (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

5. Die Beschwerdeführerin hält in ihrer Beschwerde fest, dass sie stets unter Beschwerden am linken Knie leide. Wie bereits nach den ersten beiden Arthroskopien hätten sich die Beschwerden zunächst verbessert und anschliessend wieder verschlechtert. Die Behandlung im Spital G.____ habe sich aufgrund der überlagerten Rückenbeschwerden und den psychischen Beschwerden auf den Rücken und die Psyche konzentriert, obwohl sie die Ärzte auf die nach wie vor bestehenden Kniebeschwerden links hingewiesen habe. Der Hausarzt Dr. med. H.____ habe der SUVA telefonisch mitgeteilt, dass sie noch über Beschwerden am linken Knie klage. Es sei weder eine kreisärztliche Untersuchung durchgeführt noch anderweitig die geklagten Kniebeschwerden abgeklärt worden. Die SUVA habe sich lediglich darauf abgestützt, dass die Behandlung bei Dr. med. I.____ zwischenzeitlich abgeschlossen sei. Zu Dr. I.____ sei sie nicht mehr gegangen, da die stationäre Rehabilitation im Spital G.____ vorgesehen gewesen und sie deshalb davon ausgegangen sei, dass sie dort interdisziplinär behandelt werde. Im Dezember 2013 sei ein neues MRI des linken Knies vorgenommen worden. Die entsprechenden Bilder werde sie mit dem Hausarzt im Januar 2014 besprechen. Die Befunde lägen ihr aber noch nicht vor. Nach wie vor habe sie Beschwerden am linken Knie, welche zwar durch die unfallfremden Rückenbeschwerden und psychischen Beschwerden überlagert seien, jedoch klar abgrenzbar seien und zu einer Arbeitsunfähigkeit sowie Behandlungsbedürftigkeit führen würden. Der Fallabschluss durch die SUVA sei deshalb zu früh erfolgt. Sie hätte nochmals kreisärztlich untersucht werden müssen. Mit Ihrer Eingabe vom 25. März 2014 reicht die Beschwerdeführerin einen Bericht des Spitals F.____ vom 17. März 2014 ein. Daraus könne entnommen werden, dass sie noch immer unter behandlungs- und abklärungsbedürftigen Beschwerden am linken Knie leide und dass eine MRI-Untersuchung sowie weitere Röntgenuntersuchungen durchgeführt worden seien.

6. Vorweg ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde die Leistungspflicht der SUVA damit begründet, dass nach wie vor Kniebeschwerden links bestünden.

Sie anerkennt, dass die Rückenbeschwerden und die psychischen Beschwerden unfallfremd sind. Gestützt darauf ist nachfolgend ein Leistungsanspruch lediglich im Zusammenhang mit dem linken Knie zu prüfen.

7.1 Dr. I.____ von der Klinik J.____ führte sechs Wochen nach einer dritten Arthroskopie vom 7. Mai 2013 eine Kontrolle durch. Er hielt im Bericht vom 20. Juni 2013 einen sehr erfreulichen Heilungsverlauf des linken Kniegelenkes fest. Es liege ein reizloses Knie vor, ohne Erguss, mit vollständiger Normalisierung der Bewegungsausschläge und ohne Meniskuszeichen medial und lateral bei guter Gelenksstabilität. Zudem hielt Dr. I.____ fest, dass eine weitere Kontrolle des Knies durch ihn nicht mehr vorgesehen sei.

7.2 Dr. med. K.____ des Spitals G.____ legte seinem Schreiben vom 2. September 2013 einen Austrittsbericht der Versicherten vom 15. August 2013 bei und hielt fest, dass der Spitalaufenthalt vom 25. Juli 2013 bis 10. August 2013 nicht als Rehabilitation durchgeführt worden sei. Es habe sich beim Aufenthalt um eine akute Spitalbedürftigkeit gehandelt. Dies sei aufgrund kombinierter Beschwerden gemäss den Diagnosen 1 und 2 des Austrittsberichts erfolgt. Als Diagnosen 1 und 2 wurden im Austrittsbericht ein chronisches lumboradikuläres Reizsyndrom L5 rechts sowie eine mittelgradige bis schwere depressive Episode genannt. Als dritte Diagnose wurde ein Status nach Kniedistorsion festgehalten.

7.3 Auf die Berichte von Dr. I.____ und Dr. K.____ stützte sich der Kreisarzt Dr. med. L.____, Facharzt für Chirurgie. In seinem Bericht vom 5. November 2013 hielt Dr. L.____ fest, dass die Behandlung des linken Kniegelenkes aus medizinischer Sicht abgeschlossen sei und eine weitere Behandlung aktuell keine Verbesserung mehr bringe. Deutlich im Vordergrund stünden die unfallfremden lumbalgieformen Beschwerden sowie die psychiatrische Symptomatik.

7.4 Die SUVA stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 26. November 2013 bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes der Versicherten auf die Beurteilung des Kreisarztes Dr. L.____ und hielt an ihrer Leistungseinstellung fest.

8.1 Gemäss Bericht von Dr. I.____ vom 20. Juni 2013 hat sich das Kniegelenk gut erholt und die Behandlung war diesbezüglich abgeschlossen. Eine weitere Kontrolle war nicht mehr vorgesehen gewesen. Der Aufenthalt im Spital G.____ erfolgte gemäss Schreiben von Dr. K.____ vom 2. September 2013 nicht aufgrund des Knies, sondern aufgrund der Rückenproblematik sowie aufgrund des psychischen Zustandes. Im entsprechenden Austrittsbericht vom 15. August 2013 wurde der Status nach Kniedistorsion als Nebendiagnose aufgeführt, aber in den Ausführungen wurde kein Bezug mehr zum Knie genommen. Gestützt darauf sowie gestützt auf den Bericht von Dr. L.____ vom 5. November 2013 ist nicht zu beanstanden, dass die SUVA die Behandlung des linken Kniegelenks per Ende Juni 2013 als abgeschlossen erachtet und demzufolge ihre Leistungen eingestellt hat. Im Zeitpunkt der Einstellung per 1. Juli 2013 (Heilkosten) bzw. 1. Oktober 2013 (Taggelder) sind keine Hinweise vorhanden, dass weitere medizinische Massnahmen erforderlich gewesen wären.

8.2 Nichts zu ihren Gunsten ableiten kann die Beschwerdeführerin dem Bericht des Spitals G.____ vom 26. November 2013. Diesem Bericht ist zu entnehmen, dass am 25. November 2013, einen Tag vor Erlass des Einspracheentscheides, bei der Beschwerdeführerin eine MRI-Untersuchung durchgeführt wurde. Beim Kniegelenk rechts bestünden unauffällige Verhältnisse. Beim Kniegelenk links bestehe eine Restergussbildung bei Zustand nach Meniskektornie lateral im Intermetier- und Hinterhornbereich sowie eine geringe Aufrauhung des Knorpels im medialen Kompartiment mit weitgehend erhaltener Knorpeldicke. Dieses MRI wurde zuhanden des Hausarztes erstellt, welcher jedoch keine Stellung dazu nahm. Der Kreisarzt Dr. L.____ hielt in seiner Beurteilung vom 11. Februar 2014 fest, dass dieses MRI keine neuen Erkenntnisse liefere. Der beschriebene Resterguss erfordere keine spezielle Behandlung, sodass nach wie vor die Behandlung des linken Kniegelenkes am 30. Juni 2013 als abgeschlossen gelte.

8.3 In der Beschwerde hielt die Beschwerdeführerin fest, dass im Dezember 2013 ein neues MRI des linken Knies erstellt wurde. Den entsprechenden Bericht wollte die Beschwerdeführerin nach Erhalt dem Kantonsgericht weiterleiten. Dies ist bis heute jedoch nicht erfolgt. Vielmehr reichte die Beschwerdeführerin am 25. März 2014 einen Bericht des Spitals F.____ vom 17. März 2014 ein. Darin wird Bezug zur orthopädischen Behandlung vom 13. Februar 2014 genommen. Die Versicherte klage über Dauerschmerzen im linken Knie. Vom klinischen Befund her würden sich reizlose Narbenverhältnisse nach mehrmaliger Arthroskopie zeigen. Im Bereich des Kniegelenkes finde sich eine ubiquitäre Druckdolenz mit Punctum maximum anterolateral im Bereich des Kniegelenkspaltes. Die Meniskuszeichen seien fraglich. Das vordere und das hintere Kreuzband würden stabil wirken. Das Spital F.____ geht davon aus, dass der aktuell klinische Befund allenfalls einen Zusammenhang mit dem Unfall vom 26. April 2011 haben könnte. Es werde eine weitere Röntgenuntersuchung sowie eine erneute MRI-Untersuchung in die Wege geleitet. Deshalb könne im Moment noch nicht ausgesagt werden, ob eine erneute Operation stattfinden werde. Dieser Bericht des Spitals F.____ nimmt Bezug auf eine Behandlung vom 12. Februar 2014 und beurteilt somit die gesundheitlichen Verhältnisse nach Erlass des Einspracheentscheides vom 26. November 2013. Der Zeitpunkt des Einspracheentscheides bildet die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (vgl. E. 2 hiervor), sodass der Bericht des Spitals F.____ vom 17. März 2014 vorliegend nicht berücksichtigt werden kann. Ohnehin sind die Ausführungen im Bericht sehr allgemein gehalten, weshalb sie nicht geeignet sind, die durch die SUVA verfügte Leistungseinstellung in Zweifel zu ziehen.

9. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die SUVA berechtigt war, die für die Folgen des Unfallereignisses vom 26. April 2011 erbrachten Leistungen per 1. Juli 2013 bzw. 1. Oktober 2013 einzustellen. Die gegen den betreffenden Einspracheentscheid vom 26. November 2013 erhobene Beschwerde ist demnach als unbegründet abzuweisen. Bei allfällig neu auftretenden Beschwerden hat die Beschwerdeführerin die Möglichkeit, diese als Rückfallbeschwerden anzumelden.

10. Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass der Prozess vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind demnach für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Die ausserordentlichen Kosten sind dem Prozessausgang entsprechend wettzuschlagen.

11.1 Die Beschwerdeführerin beantragte die Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung mit Advokatin Armesto als unentgeltliche Rechtsvertreterin. Gemäss Art. 61 lit. f Satz 2 ATSG wird der Beschwerde führenden Person, wo die Verhältnisse es rechtfertigen, ein unentgeltlicher Rechtsbeistand bewilligt. Gemäss Rechtsprechung ist die unentgeltliche Verbeiständung im kantonalen Beschwerdeverfahren zu bewilligen, wenn der Prozess nicht offensichtlich aussichtslos erscheint, die Partei bedürftig und die anwaltliche Verbeiständung notwendig oder doch geboten ist (vgl. Urteil des EVG vom 7. Juli 2003, U 356/02, E. 3.1; RUMO-JUNGO, a.a.O., S. 451 mit Hinweisen auf BGE 100 V 62 E. 3 und 98 V 117 E. 2; vgl. auch UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2009, Art. 61 Rz. 104). Der am 21. Januar 2014 eingereichten Verfügung der Sozialhilfebehörde E.____ zufolge wird die Beschwerdeführerin seit 1. November 2013 durch die Sozialhilfe unterstützt. Deren Bedürftigkeit ist damit für das vorliegende Verfahren ohne Weiteres nachgewiesen, weshalb das Gesuch um unentgeltliche Verbeiständung zu bewilligen ist. Demzufolge ist die Rechtsvertreterin für ihre Bemühungen aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Gemäss § 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte (TO) vom 17. November 2003 (in der bis Ende 2013 anwendbaren Fassung) beträgt das Honorar bei unentgeltlicher Verbeiständung Fr. 180.-- pro Stunde bzw. Fr. 200.-- pro Stunde (gemäss der seit Januar 2014 anwendbaren Fassung). Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin hat in ihrer Honorarnote vom 3. Juli 2014 für das vorliegende Beschwerdeverfahren einen Zeitaufwand von 15 Stunden und 20 Minuten (inkl. Studium des Urteils und Nachbesprechung mit Klientin, welche zu entschädigen ist; vgl. dazu: Urteil des Kantonsgerichts [KGSV] vom 31. Januar 2013, 720 11 192) sowie Auslagen von 109.90 ausgewiesen. Dieser Aufwand erweist sich umfangmässig in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen innerhalb des Rahmens des Angemessenen, wenn auch am oberen Rand. Der Rechtsvertreterin ist deshalb ein Honorar in der Höhe von Fr. 3'391.10 (1 Stunde und 50 Minuten à Fr. 180.-- + 13 Stunden und 30 Minuten à Fr. 200.-- + Auslagen von Fr. 109.90 zuzüglich 8% Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten.

11.2 Die Beschwerdeführerin wird ausdrücklich auf § 53a Abs. 1 des Gesetzes über die Organisation der Gerichte (GOG) vom 22. Februar 2011 aufmerksam gemacht, wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Gesuch um unentgeltliche Verbeiständung wird gutgeheissen.

3. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

4. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin ein Honorar in der Höhe von Fr. 3‘391.10 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.