

Tribunale federale
Tribunal federal

{T 0/2}
8C_31/2008

Urteil vom 2. Juli 2008
I. sozialrechtliche Abteilung

Besetzung
Bundesrichter Ursprung, Präsident,
Bundesrichterin Leuzinger, Bundesrichter Frésard,
Gerichtsschreiberin Fleischanderl.

Parteien
Z. _____,
Beschwerdeführerin, vertreten durch
Advokat Stefan Hofer, Lange Gasse 90, 4052 Basel,

gegen

Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft, Rechtsdienst Personen, Laupenstrasse 27, 3008 Bern,
Beschwerdegegnerin.

Gegenstand
Unfallversicherung,

Beschwerde gegen den Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft vom 7. November 2007.

Sachverhalt:

A.

Die 1957 geborene Z. _____ war seit 1. April 2001 als Serviceangestellte im Restaurant X. _____ in Y. _____ tätig gewesen und dadurch bei der Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft (nachstehend: Allianz) u.a. gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Am 2. Juni 2002 wurde sie als Beifahrerin in eine Auffahrkollision auf der Autobahn verwickelt, als ihr in Folge Staubildung zum Stillstand gekommenes Fahrzeug von einem Personenwagen von hinten gerammt wurde. Auf Grund der sich zusehends einstellenden Schmerzen im Bereich des Kopfes, des Nackens und der Schultern mit Ausstrahlungen in beide Arme sowie Schwindel suchte sie am nächsten Tag Dr. med. O. _____, FMH Innere Medizin, auf, welcher eine Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) sowie eine AC-Kontusion diagnostizierte und Physiotherapie sowie Medikation anordnete (Arztzeugnis UVG und "Zusatzfragebogen bei HWS-Verletzung" vom 17. Juni 2002). Am 2. Juli 2002 konnte die Versicherte ihr bisheriges Arbeitspensum wieder aufnehmen. Mit Bericht vom 12. Februar 2003 bescheinigte der Hausarzt einen wesentlich gebesserten Gesundheitszustand; der Behandlungsabschluss erfolgte am 26. Mai 2003 (Zeugnis des Dr. med. O. _____ vom 15. März 2006). Ende Januar 2006

wurde der Allianz nachträglich ein Rückfall zum Grundfall gemeldet, indem vom 25. April bis 2. September 2005 zufolge weiterhin rezidivierender Nackenbeschwerden links, ausstrahlend zum linken Oberarm/Schulterblattbereich, Parästhesien in der linken Hand und Kopfschmerzen chiropraktische Behandlungen durchgeführt worden waren (Zeugnis UVG des Dr. B. _____, vom 13. Februar 2006). Der Unfallversicherer veranlasste in der Folge eine eingehende Abklärung durch Dr. med. G. _____, Spezialarzt FMH für Allgemein- und Unfallchirurgie, deren Resultat am 12. Oktober 2006, namentlich gestützt auf die Ergebnisse von im Bereich der HWS vorgenommenen Magnetresonanztomographien (MRT) vom 1. und 11. September 2006, erstattet wurde. Auf dieser Basis kam die Allianz mit Verfügung vom 19. Oktober 2006 zum Schluss, dass eine weitergehende Leistungspflicht mangels rechtsgenügenden Nachweises des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen den dokumentierten Beschwerden und dem Unfallereignis vom 2. Juni 2002 zu verneinen sei. Daran wurde auf Einsprache hin festgehalten (Einspracheentscheid vom 27. Dezember 2006).

B.

Die hiegegen erhobene Beschwerde wies das Kantonsgericht Basel-Landschaft, u.a. nach Kenntnisnahme eines von der Versicherten neu aufgelegten Berichts des Dr. med. D. _____,

Neurologie FMH, vom 30. März 2007, mit Entscheid vom 7. November 2007 ab.

C.

Z. _____ lässt Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten führen und beantragen, in Aufhebung des vorinstanzlichen Entscheids und des Einspracheentscheids der Allianz vom 27. Dezember 2006 sei der Unfallversicherer zu verpflichten, auch für die nach Mai 2003 erforderliche Heilbehandlung aufzukommen; eventuell sei die Sache an den Unfallversicherer zurückzuweisen, damit dieser neurologische Abklärungen durchführe.

Während die Allianz auf Abweisung der Beschwerde schliesst, verzichtet das Bundesamt für Gesundheit auf eine Vernehmlassung.

D.

Mit Verfügungen vom 12. März und 21. April 2008 erhielten die Parteien letztinstanzlich Gelegenheit, ihre Vorbringen insbesondere in Anbetracht des in der Zwischenzeit erlassenen, die so genannte Schleudertrauma-Praxis bei organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden präzisierenden Urteils BGE 134 V 109 zu ergänzen. Davon wurde mit Vernehmlassungen vom 9. April 2008 (Z. _____) und 28. April 2008 (Allianz) Gebrauch gemacht.

Erwägungen:

1.

1.1 Die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten kann wegen Rechtsverletzung gemäss Art. 95 und Art. 96 BGG erhoben werden. Das Bundesgericht wendet das Recht von Amtes wegen an (Art. 106 Abs. 1 BGG). Es ist somit weder an die in der Beschwerde geltend gemachten Argumente noch an die Erwägungen der Vorinstanz gebunden; es kann eine Beschwerde aus einem anderen als dem angerufenen Grund gutheissen und es kann sie mit einer von der Argumentation der Vorinstanz abweichenden Begründung abweisen (vgl. BGE 130 III 136 E. 1.4 S. 140). Das Bundesgericht prüft indessen grundsätzlich nur die geltend gemachten Rügen; es ist nicht gehalten, wie eine erstinstanzliche Behörde alle sich stellenden rechtlichen Fragen zu prüfen, wenn diese vor Bundesgericht nicht mehr vorgetragen wurden. Es kann die Verletzung von Grundrechten und von kantonalem sowie interkantonalem Recht nur insofern prüfen, als eine solche Rüge in der Beschwerde vorgebracht und begründet worden ist (Art. 106 Abs. 2 BGG).

1.2 Im Beschwerdeverfahren um die Zusprechung oder Verweigerung von Geldleistungen der Militär- oder Unfallversicherung ist das Bundesgericht nicht an die vorinstanzliche Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts gebunden (Art. 97 Abs. 2 und Art. 105 Abs. 3 BGG).

2.

2.1 Die Vorinstanz hat die gesetzlichen Bestimmungen über den Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung im Allgemeinen (Art. 6 Abs. 1 UVG [in Verbindung mit Art. 4 ATSG]) und die einzelnen Leistungsarten im Besonderen (Art. 10 Abs. 1 UVG [zweckmässige Heilbehandlung], Art. 16 Abs. 1 UVG [Taggeld], Art. 18 Abs. 1 UVG [Invalidenrente]) sowie die Rechtsprechung zu dem für die Leistungspflicht der Unfallversicherung vorausgesetzten natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod; BGE 119 V 335 E. 1 S. 337, 118 V 286 E. 1b S. 289, je mit Hinweisen; vgl. auch BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181) und zur im Weiteren erforderlichen Adäquanz des Kausalzusammenhangs im Allgemeinen (BGE 125 V 456 E. 5a S. 461 f. mit Hinweisen; vgl. auch BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181), an welchen Grundsätzen mit Inkrafttreten des ATSG auf den 1. Januar 2003 nichts geändert hat (Urteil U 106/04 vom 5. November 2004, E. 2; vgl. auch RKUV 2005 Nr. U 555 S. 322, E. 1 in fine, U 458/04), sowie bei Folgen eines Unfalls mit Schleudertrauma der HWS ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle im Besonderen (BGE 117 V 359) grundsätzlich zutreffend dargelegt (vgl. zu Letzterem aber E. 2.2 hiernach). Gleiches

gilt für die Erwägungen zu dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 125 V 193 E. 2 S. 195 mit Hinweis; vgl. auch BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181) sowie zum Beweiswert und zur Beweiswürdigung medizinischer Berichte und Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352 mit Hinweis). Darauf wird verwiesen.

2.2 Im jüngst gefällten - auch auf den vorliegenden Fall anwendbaren (Urteil 8C_57/2008 vom 16. Mai 2008, E. 4.1 und 4.2) - Urteil BGE 134 V 109 hat das Bundesgericht die Praxis zur Kausalitätsprüfung bei Unfall mit Schleudertrauma, äquivalenter Verletzung der HWS oder Schädel-Hirntrauma ohne organisch objektiv ausgewiesene Beschwerden (so genannte Schleudertrauma-

Praxis) in mehrfacher Hinsicht präzisiert. Demgemäss ist am Erfordernis einer besonderen Adäquanzprüfung bei Unfällen mit solchen Verletzungen festzuhalten (E. 7-9 S. 118 ff.). Auch besteht keine Veranlassung, die bewährten Grundsätze über die bei dieser Prüfung vorzunehmende Einteilung der Unfälle nach deren Schweregrad und den abhängig von der Unfallschwere gegebenenfalls erforderlichen Einbezug weiterer Kriterien in die Adäquanzbeurteilung zu ändern (E. 10.1 S. 126 f.). Das Bundesgericht hat aber die Anforderungen an den Nachweis einer natürlich unfallkausalen Verletzung, welche die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis rechtfertigt, erhöht (E. 9 S. 121 ff.) und die adäquanzrelevanten Kriterien teilweise modifiziert (E. 10.2 und 10.3 S. 126 ff.). Dies betrifft zunächst das Kriterium der "ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung", das nur dann vorliegt, wenn

nach dem Unfall fortgesetzt spezifische und die versicherte Person belastende ärztliche Behandlung im Zeitraum bis zum Fallabschluss notwendig gewesen war (E. 10.2.3 S. 128). Weiter wird für die Erfüllung des Kriteriums "Dauerbeschwerden" vorausgesetzt, dass diese erheblich sind, was auf Grund glaubhaft geltend gemachter Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person im Lebensalltag erfährt, zu beurteilen ist (E. 10.2.4 S. 128 f.). Hinsichtlich des Kriteriums "Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit" schliesslich ist nicht die Dauer an sich, sondern eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit als solche massgeblich, die zu überwinden die versicherte Person ernsthafte Anstrengungen unternimmt (E. 10.2.7 S. 129 f.). Zusammenfassend hat das Bundesgericht den Katalog der bisherigen adäquanzrelevanten Kriterien (BGE 117 V 359 E. 6a S. 367, 369 E. 4b S. 383) in BGE 134 V 109 wie folgt neu gefasst (E. 10.3 S. 130):

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrucks- lichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen;
- fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung;
- erhebliche Beschwerden;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich ver- schlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen.

3.

Streitig und zu prüfen ist, ob die über Mai 2003 hinaus geklagten Beschwerden in einem rechtsgenügenden Zusammenhang zum Auffahrunfall vom 2. Juni 2002 stehen.

4.

4.1 Das kantonale Gericht hat zunächst erwogen, die anlässlich der MRT-Untersuchungen vom 1. und 11. September 2006 festgestellten Diskushernien seien (krankheitsbedingter) degenerativer Natur und nicht durch das Ereignis vom 2. Juni 2002 verursacht worden. Dieses habe lediglich vorübergehende Beschwerden aus den Bandscheibenschäden ausgelöst. Der Beschwerdeschub sei spätestens mit der Beendigung der Heilbehandlung Ende Mai 2003 abgeschlossen gewesen. Dass die anfangs 2006 unter Hinweis auf im Zeitraum von April bis September 2005 durchgeführte chiropraktische Behandlungen gemeldeten gesundheitlichen Beeinträchtigungen in einem kausalen Zusammenhang zum Auffahrunfall stünden, sei, zumal im Zeitraum zwischen Juni 2003 und April 2005 keine Brückensymptome bestanden hätten, nicht überwiegend wahrscheinlich.

4.2 Diese Beurteilung ist nach Lage der ärztlichen Akten und im Lichte der Rechtsprechung zur Leistungspflicht des Unfallversicherers bei auf Diskushernien zurückzuführenden Beschwerden nicht zu beanstanden. Danach entspricht es im Bereich des Unfallversicherungsrechts einer medizinischen Erfahrungstatsache, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, als eigentliche Ursache in Betracht fällt. Wird die Diskushernie durch den Unfall lediglich ausgelöst, nicht aber verursacht, übernimmt die Unfallversicherung den durch das Unfallereignis ausgelösten Beschwerdeschub, spätere Rezidive dagegen nur, wenn eindeutige Brückensymptome gegeben sind (RKUV 2000 Nr. U 379 S. 192, E. 2a, U 138/99; Urteile U 62/07 vom 9. Januar 2008, E. 3.2, und U 224/06 vom 11. Januar 2007, E. 2.2, je mit Hinweisen). Entgegen der letztinstanzlich vertretenen Auffassung der Beschwerdeführerin sind keine Brückensymptome ausgewiesen, welche gestatten würden, die ab April 2005 durch den Chiropraktor Dr. B. _____ vorgenommenen therapeutischen Massnahmen als auf Grund von Beschwerden notwendig geworden zu betrachten, die ein Rezidiv des

früheren Beschwerdeschubs darstellten. Dies ergibt sich bereits daraus, dass die Diskushernienproblematik ab Juli 2002 (Aufnahme der Arbeitstätigkeit im bisherigen Umfang) respektive Ende Mai 2003 (Abschluss Heilbehandlung) bis April 2005 weder eine ärztlich bestätigte Arbeitsunfähigkeit noch die Notwendigkeit ärztlicher Behandlung begründete. Der Umstand, dass die Versicherte gemäss ihrer Aussage zu keinem Zeitpunkt beschwerdefrei gewesen sei und auch

während der Therapiepause stets Schmerzmittel eingenommen habe, ändert daran nichts. Im Übrigen beträgt die Dauer, während der eine vorbestehende Wirbelsäulenerkrankung durch einen Unfall - bei Fehlen unfallbedingter Wirbelkörperfrakturen oder struktureller Läsionen an der Wirbelsäule - im Sinne einer vorübergehenden Verschlimmerung beeinflusst wird, nach unfallmedizinischer Erfahrung sechs bis neun Monate, längstens jedoch ein Jahr (Urteil U 7/07 vom 9. Januar 2008, E. 2.2 in fine mit Hinweis), was ebenfalls das vorinstanzliche Ergebnis stützt. Von den beantragten ergänzenden neurologischen Abklärungen ist mangels eines zu erwartenden entscheidungsrelevanten neuen Aufschlusses abzusehen.

5.

Zu beurteilen bleibt, ob die Beschwerdeführerin unter auch nach Ende Mai 2003 andauernden Folgen der am 2. Juni 2002 zugezogenen HWS-Distorsion leidet. Unbestritten ist in diesem Zusammenhang, dass sich das betreffende Beschwerdebild nicht auf ein organisch ausgewiesenes Substrat zurückführen lässt. Wie die nachstehenden Erwägungen zeigen, braucht die Frage, welche der geklagten Beschwerden der HWS-Verletzung zuzuschreiben sind, nicht abschliessend beantwortet zu werden.

5.1 Die vorliegend erforderliche (vgl. BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112 mit Hinweisen) Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs hat nach Massgabe der in BGE 117 V 359 (E. 6 S. 366 ff.) dargelegten, mit erwähntem Urteil BGE 134 V 109 modifizierten Grundsätzen zu erfolgen (vgl. E. 2.2 hievov). Die medizinischen Unterlagen enthalten keine Anhaltspunkte für eine eigenständige, nicht als Teil des für solche Verletzungen charakteristischen, einer Differenzierung kaum zugänglichen somatisch-psychischen Beschwerdebildes zu betrachtende psychische Gesundheitsstörung (vgl. BGE 134 V 109 E. 7.1 in fine S. 118 und E. 9.5 S. 126), sodass keine Veranlassung besteht, die Adäquanztprüfung nach der für psychische Unfallfolgen geltenden, zwischen physischen und psychischen Beschwerdekomponenten unterscheidenden (BGE 117 V 359 E. 6a in fine S. 367) Praxis (BGE 115 V 133) vorzunehmen.

5.2 Das kantonale Gericht hat den Unfall vom 2. Juni 2002 im Rahmen der Kategorisierung, welche in derartigen Fällen zu erfolgen hat (BGE 134 V 109 E. 10.1 S. 126 f., 117 V 359 E. 6a S. 366 mit Hinweis), als mittelschweres Ereignis im Grenzbereich zu den leichten Unfällen eingestuft. Dies lässt sich im Lichte der Rechtsprechung zur Unfallschwere bei Auffahrkollisionen auf ein (haltendes) Fahrzeug (RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236, E. 5.1.2, U 380/04; Urteil U 167/06 vom 31. Januar 2007, E. 5.1) vertreten. Ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf (zur diesbezüglichen Relevanz bei der Prüfung der Unfallschwere: BGE 134 V 109 E. 10.1 S. 126; SVR 2008 UV Nr. 8 S. 26, U 2/07; Urteil U 503/05 vom 17. August 2006, zusammengefasst wiedergegeben in SZS 2008 S. 183; Urteil 8C_536/2007 vom 11. Juni 2008, E. 6.1 mit Hinweis), insbesondere in Berücksichtigung des Unfallhergangs und der Fahrzeugschäden (vgl. dazu Polizeiliche Akten [vom 22. Juli 2002]; aktenkundige Fotos des beschädigten Fahrzeugs), sind entgegen der Betrachtungsweise der Beschwerdeführerin in casu keine Faktoren ersichtlich, welche zu einer anderen Beurteilung Anlass zu geben vermöchten. Namentlich fuhr der Unfallverursacher nicht ungebremst mit hoher Geschwindigkeit in das

Fahrzeug, in welchem die Versicherte als Beifahrerin sass, sondern rammte zunächst einen anderen Personenwagen, dessen Insassen laut Polizeirapport unverletzt blieben, wodurch der Aufprall vermindert wurde. Die Adäquanz des Kausalzusammenhangs wäre daher zu bejahen, wenn die in E. 10.2 und 10.2.1-10.2.7 des Urteils BGE 134 V 109 (S. 127 ff.) überarbeiteten und nunmehr in ihrer Fassung gemäss E. 10.3 (S. 130) relevanten Kriterien gehäuft gegeben wären oder eines der Kriterien in besonders ausgeprägter Weise vorliegen würde (BGE 134 V 109 E. 10.1 S. 126 f.).

5.2.1 Unbestrittenermassen sind die Kriterien der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls, der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen, der ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert, sowie des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen nicht erfüllt.

5.2.1.1 Für das Kriterium der ärztlichen Behandlung ist sodann entscheidungswesentlich, ob nach dem Unfall fortgesetzt spezifische, die versicherte Person belastende ärztliche Behandlung bis zum Fallabschluss notwendig war (E. 2.2 hievov; BGE 134 V 109 E. 10.2.3 S. 128). Die Beschwerdeführerin unterzog sich nach dem Unfall regelmässig physiotherapeutischen Massnahmen und nahm zur Schmerzlinderung Medikamente ein (Zeugnis des Dr. med. O. _____ vom 17. Juni 2002). Nachdem ab Ende Mai 2003 eine "Therapiepause" erfolgt war (vgl. Berichte des Dr. med. O. _____ vom 15. März 2006 und des Dr. med. G. _____ vom 12. Oktober 2006, S. 4) und die Versicherte nachfolgend je nach Tagesform Schmerzmittel zu sich nahm ("Frageblatt Rückfall" vom 3. März 2006), begann sie im April 2005 eine chiropraktische Behandlung bei Dr. B. _____, welche sie anfangs September 2005 beendete (Bericht des Dr. B. _____ vom 13. Februar 2006).

In Anbetracht dieser Sachlage - die ärztliche Behandlung bestand, soweit vorhanden, vornehmlich in manualtherapeutischen und medikamentösen Vorkehren sowie Verlaufskontrollen - kann mit der Beschwerdegegnerin nicht von einer sich allein aus dem Umstand der Therapierung ergebenden Zusatzbelastung gesprochen werden (vgl.

RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236, E. 5.2.4 mit Hinweisen, U 380/04; Urteil 8C_500/2007 vom 16. Mai 2008, E. 5.4 mit Hinweis), weshalb das zu prüfende Kriterium zu verneinen ist. Daran ändern auch die spezialärztlichen Untersuchungen durch die Dres. med. G. _____ (Bericht vom 12. Oktober 2006) und D. _____ (Bericht vom 30. März 2007) nichts, dienten diese doch in erster Linie Abklärungs- und nicht Behandlungszwecken (Urteil 8C_500/2007 vom 16. Mai 2008, E. 5.4).

5.2.1.2 Adäquanzrechtlich bedeutsam können im Weiteren nur in der Zeit zwischen dem Unfall und dem Fallabschluss nach Art. 19 Abs. 1 UVG ohne wesentlichen Unterbruch bestehende erhebliche Beschwerden sein. Die Erheblichkeit beurteilt sich nach Massgabe der glaubhaften Schmerzen und der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (BGE 134 V 109 E. 10.2.4 S. 128). Gegenüber Dr. med. G. _____ machte die Beschwerdeführerin Bewegungseinschränkungen bei der Kopfdrehung nach links geltend, welche jeweils im Verlaufe des Tages zunehmen. Im Anschluss an ihr wöchentliches Arbeitspensum von drei Tagen à zehn Stunden könne sie ihren Kopf kaum mehr bewegen. Ausgehend von der dorsalen HWS verspüre sie stets Schmerzen im Bereich des Hinterkopfs (Bericht des Dr. med. G. _____ vom 12. Oktober 2006, S. 4 unten). Da die Versicherte in ihrer bisherigen beruflichen Betätigung auf Grund der anhaltenden Beschwerden somit nicht unerheblich beeinträchtigt ist bzw. diese nurmehr unter Einnahme von Schmerzmitteln zu bewältigen vermag, ist das Kriterium, wenn auch nicht in besonders ausgeprägter Form - immerhin ist es der Beschwerdeführerin noch möglich und zumutbar, ihrer Arbeit weiterhin nachzugehen -

als erfüllt anzusehen. Ob es sich dabei, wie von der Beschwerdegegnerin moniert, zur Hauptsache um unfallfremde Beschwerden handelt, kann dahingestellt bleiben.

5.2.1.3 Was schliesslich das Kriterium der Arbeitsunfähigkeit anbelangt, ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass bei leichten bis mittelschweren Schleudertraumen der HWS ein längerer oder gar dauernder Ausstieg aus dem Arbeitsprozess vom medizinischen Standpunkt aus als eher ungewöhnlich erscheint. Nicht die Dauer der Arbeitsunfähigkeit ist daher massgebend, sondern eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit als solche, die zu überwinden die versicherte Person ernsthafte Anstrengungen unternimmt. Darin liegt der Anreiz für die versicherte Person, alles daran zu setzen, wieder ganz oder teilweise arbeitsfähig zu werden. Gelingt es ihr trotz solcher Anstrengungen nicht, ist ihr dies durch Erfüllung des Kriteriums anzurechnen. Konkret muss ihr Wille erkennbar sein, sich durch aktive Mitwirkung raschmöglichst wieder optimal in den Arbeitsprozess einzugliedern. Solche Anstrengungen der versicherten Person können sich insbesondere in ernsthaften Arbeitsversuchen trotz allfälliger persönlicher Unannehmlichkeiten manifestieren. Dabei ist auch der persönliche Einsatz im Rahmen von medizinischen Therapiemassnahmen zu berücksichtigen. Sodann können Bemühungen um alternative, der gesundheitlichen Einschränkung besser Rechnung tragende Tätigkeiten

ins Gewicht fallen. Nur wer in der Zeit bis zum Fallabschluss nach Art. 19 Abs. 1 UVG in erheblichem Masse arbeitsunfähig ist und solche Anstrengungen auszuweisen vermag, kann das Kriterium erfüllen (BGE 134 V 109 E. 10.2.7 S. 129 f. mit Hinweisen). Der Beschwerdeführerin wurde ärztlicherseits rund einen Monat nach dem Unfall - für die Zeit ab 2. Juli 2002 - wiederum eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit attestiert (Unfallschein UVG des Dr. med. O. _____). Soweit die Versicherte in Nachachtung der ihr obliegenden Schadenminderungspflicht das bisherige Teilzeitpensum in ihrer angestammten Tätigkeit als Serviceangestellte ab dem bescheinigten Zeitpunkt praktisch ohne Ausfälle weiterhin zu leisten vermochte, kann grundsätzlich nicht von einer erheblichen Arbeitsunfähigkeit gesprochen werden. Dem Umstand, dass sie hierbei aber unter nicht unerheblichen Beschwerden leidet (vgl. E. 5.2.1.2 hievore) und zur andauernden Bewältigung des Arbeitseinsatzes der regelmässigen Einnahme von Arzneimitteln bedarf, ist jedoch, weil als besondere Anstrengung zu werten, Rechnung zu tragen. In welchem Umfang dies zu geschehen hat, braucht indes nicht abschliessend beurteilt zu werden, da das Kriterium jedenfalls nicht in speziell auffälliger Form gegeben ist.

5.2.2 Insgesamt sind somit maximal zwei der sieben Kriterien erfüllt, jedoch nicht in besonders ausgeprägter oder auffälliger Weise. Dies reicht zur Adäquanzbejahung praxismässig nicht aus (E. 5.2 in fine hievore; Urteil 8C_57/2008 vom 16. Mai 2008, E. 9.8), sodass es beim vorinstanzlichen Entscheid sein Bewenden hat.

6.

Die Gerichtskosten werden der Beschwerdeführerin als unterliegender Partei auferlegt (Art. 66 Abs. 1 BGG).

Demnach erkennt das Bundesgericht:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Gerichtskosten von Fr. 500.- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

3.

Dieses Urteil wird den Parteien, dem Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht, und dem Bundesamt für Gesundheit schriftlich mitgeteilt.

Luzern, 2. Juli 2008

Im Namen der I. sozialrechtlichen Abteilung
des Schweizerischen Bundesgerichts

Der Präsident: Die Gerichtsschreiberin:

Ursprung Fleischanderl