

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00220 vom 16. Juni 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-06-16, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2008.00220](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2008.00220)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00220 du 16 juin 2009

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00220 del 16 giugno 2009

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Die massgebenden rechtlichen Grundlagen betreffend die Leistungen gestützt auf das Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG), namentlich das Erfordernis des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen Beschwerden und einem Unfall im Sinne von Art. 6 UVG, sind im angefochtenen Entscheid zutreffend wiedergegeben (Urk. 2 S. 2 f.). Darauf kann vorerst verwiesen werden.

1.2 Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der 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 (RKUV 1992 Nr. U 142 S. 75 Erw. 4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen A. vom 26. April 1995, U 172/94). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45; BGE 119 V 9 Erw. 3c/aa). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. Erw. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 76).

1.3 Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 135 Erw. 4b).

Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit

eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 Erw. 3b; BGE 115 V 141 Erw. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf - folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 139 Erw. 6; vgl. auch BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

1.4 Die Verwaltung als verfassende Instanz und - im Beschwerdefall - das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht folgt vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste wurdigt (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360 mit Hinweisen; vgl. BGE 130 III 321 Erw. 3.2 und 3.3 S. 324 f.).

1.5 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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 in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

## E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin ging im Einspracheentscheid vom 4. Juni 2008 davon aus, sämtliche medizinischen Abklärungen hätten nie strukturelle unfallbedingte Läsionen nachgewiesen. Das Ausmass der während des Aufenthaltes in der Rehaklinik H. demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich nicht mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchungen und den Befunden der bildgebenden Abklärungen sowie der Diagnose aus somatischer Sicht erklären. Die durchgeführten MRI-Abklärungen der Wirbelsäule hätten keine strukturellen posttraumatischen Läsionen, sondern degenerative Veränderungen ergeben (Urk. 2 S. 4 Erw. 3). Bezüglich der geltend gemachten psychischen Beschwerden sei vorerst die Schwere des Unfallereignisses massgebend. Grundsätzlich könne das Unfallereignis vom 16. April 2007 als leichter Unfall eingestuft werden. Bei einer Einordnung des Unfallereignisses als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Fällen wären die verschiedenen Kriterien zur Überprüfung der Adäquanz nicht gegeben (Urk. 2 S. 5 Erw. 4).

In der Beschwerdeantwort (Urk. 5) und in der Duplik (Urk. 15) führte die Beschwerdegegnerin ergänzend aus, dass keine psychische Störung mit Krankheitswert vorliege (Urk. 5 S. 4 Ziff. 8.1, Urk. 15 Ziff. 3).

2.2 Der Beschwerdeführer machte demgegenüber geltend, seine Beschwerden (Rücken-, Kopfschmerzen und Schmerzen am linken Bein) würden vom Unfallereignis herrühren. Zudem habe er starke Depressionen und müsse Medikamente

nehmen (Urk. 1)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In der Replik hielt der Beschwerdeführer fest, der Unfall vom 16. April 2007 habe gemäss Bericht vom 3. Februar 2008 von Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, zu einer Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt mit einer schwierigen Lebenssituation geführt. Daher habe der Unfall eine psychische Fehlentwicklung ausgelöst (Urk. 11).

2.3 Ä Ä Ä Ä Strittig und zu präzisieren ist, ob im Zeitpunkt der Leistungseinstellung noch Beschwerden im rechtsgenäglichen Kausalzusammenhang mit dem erlittenen Unfall bestehen.

### E. 3

3.1 Ä Ä Ä Ä Auf Zuweisung durch Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Innere Medizin und Nephrologie, wurde der Beschwerdeführer am 6. Juli 2007 von Dr. med. F.\_\_\_\_, Radiologie FMH, mittels Magnetresonanztomographie (MRI) der Lendenwirbelsäule (LWS) untersucht. Im gleichentags erstellten Bericht führte Dr. F.\_\_\_\_ aus, es habe sich eine Facettengelenkarthrose in den Segmenten L3/L4 sowie insbesondere L4/L5 rechts ergeben. Es bestehe jedoch kein Nachweis einer Diskushernie (Urk. 6/17/1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auf Zuweisung durch Dr. E.\_\_\_\_ wurde der Beschwerdeführer am 9. Juli 2007 von Dr. med. G.\_\_\_\_, Radiologie FMH, mittels MRI des linken Knies untersucht. Im Bericht vom 9. Juli 2007 hielt Dr. G.\_\_\_\_ fest, es würden eine beginnende Gelenkspaltverschmälerung femoro-tibial medial mit einer Chondropathie I-II am Condylus medialis und leichte degenerative Veränderungen im Hinterhorn des Meniskus medialis, weniger ausgeprägt im Meniskus lateralis, bestehen. Weiter liege kein Hinweis auf einen Meniskusriss vor; ferner seien Kreuz- und Seitenbänder unauffällig (Urk. 6/17/2).

3.2 Ä Ä Ä Ä In seinem Arzteugnis vom 13. September 2007 diagnostizierte Dr. E.\_\_\_\_ ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom und einen Verdacht auf eine Meniskusproblematik links (Urk. 6/7 Ziff. 5). Diese Beschwerden seien ausschliesslich auf den Unfall zurückzuführen (Urk. 6/7 Ziff. 6). Dr. E.\_\_\_\_ attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab 16. April 2007. Zwei Arbeitsversuche im Mai 2007 zu 50 % hätten aufgrund der Schmerzen abgebrochen werden müssen (Urk. 6/7 Ziff. 8).

3.3 Ä Ä Ä Ä Vom 29. November 2007 bis 4. Januar 2008 hielt sich der Beschwerdeführer in der Rehaklinik H.\_\_\_\_ auf (Urk. 6/36/1). Im Austrittsbericht vom 14. Januar 2008 nannten Dr. med. I.\_\_\_\_, Oberarzt, und med. pract. J.\_\_\_\_ folgende Diagnosen (Urk. 6/36/1):

- Unfall vom 16. April 2007: Beim Tragen eines Schrankes ausgerutscht und drei Stufen hinuntergestürzt, Kontusion des Rückens und beider Knie
- lumbovertebrales Schmerzsyndrom
- Restbeschwerden linkes Knie (2005)
- Treppensturz bei Umzug mit Kontusion des Rückens (2005)
- Verhebeereignis (2005)
- rechte Hand in Entwicklermaschine eingeklemmt (2001)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Infolge erheblicher Symptomausweitung, Selbstlimitierung und Inkonsistenz seien die Resultate des physischen Leistungstests für die Beurteilung der zumutbaren Belastbarkeit nicht verwertbar. Es sei davon auszugehen, dass bei gutem Effort eine bessere Leistung hätte erbracht werden können als bei den Tests und in den Therapien gezeigt wurde. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und den Befunden der bildgebenden Abklärungen sowie der Diagnose aus somatischer Sicht nicht erklären. Die Beurteilung der Zumutbarkeit stütze sich deshalb im Wesentlichen auf medizinisch-theoretische Überlegungen, ergänzt durch die Beobachtungen bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm (Urk. 6/36/2 oben).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Es liege keine psychische Störung mit Krankheitswert vor, welche eine arbeitsrelevante Leistungsminderung begründen könnte. Die angestammte Tätigkeit als Umzugsmitarbeiter sei dem Beschwerdeführer aktuell nicht zumutbar. In einer wechselbelastenden, mittelschweren Tätigkeit sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 6/36/2 Mitte).

3.4 Ä Ä Ä Ä In seinem Bericht vom 3. Februar 2008 zuhanden von Dr. E.\_\_\_\_ stellte Dr. D.\_\_\_\_ folgende Diagnosen (Urk. 12 Mitte):

- Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt in schwieriger Lebenssituation

- Status nach Unfall vom 16. April 2007 mit residuellen Schmerzen, vor allem im LWS-Bereich und im linken Knie

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das grösste Problem, das zu den depressiven Verstimmungen führe, seien offenbar die Schmerzen. Es sei schon so, dass Schmerzen zu Depressionen führen könnten und umgekehrt Depressionen Schmerzen auslösen würden. Der Beschwerdeführer sei enttäuscht, dass er diesbezüglich in der Rehaklinik H.\_\_\_\_ nicht ernst genommen und ihm eine Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer wechselbelastenden, mittelschweren Tätigkeit attestiert worden sei (Urk. 12 unten).

3.5 Ä Ä Ä Ä Die kreisärztliche Untersuchung durch Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, fand am 19. Februar 2008 statt (Urk. 6/39 S. 1). In seinem gleichentags erstellten Bericht führte Dr. K.\_\_\_\_ aus, das Verhalten des Beschwerdeführers in der Untersuchungssituation sei dermassen demonstrativ, das Schmerzverhalten dermassen massiv gewesen, dass die Untersuchung aus Rücksicht auf den Beschwerdeführer und Dr. K.\_\_\_\_ habe abgebrochen werden müssen. Klar zur Darstellung komme heute eine normale Funktion der LWS; die bei der letzten Beurteilung angenommene lumbale Funktionsstörung könne nicht mehr nachgewiesen werden (Urk. 6/39 S. 4 unten).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Alle Abklärungen, die man seit 16. April 2007 durchgeführt habe, hätten keine strukturelle unfallbedingte Läsion ergeben. Das heutige Schmerzverhalten des Beschwerdeführers sei medizinisch nicht erklärbar, könne insbesondere nicht als Unfallfolge bezeichnet werden. Die bisherige Therapie, insbesondere auch die stationäre Rehabilitation in H.\_\_\_\_, habe keine Verbesserung der Situation, sondern eine Symptomausweitung zur Folge gehabt. Daher sei von einer weiteren Therapie keine Verbesserung des Gesundheitszustandes zu erwarten beziehungsweise die Chance einer Verbesserung liege sicher unter 5 %. Die auf Vorschlag des Beschwerdeführers ins Auge

gefasste Badekur sei deshalb nicht indiziert; sie berge sogar die Gefahr einer weiteren Chronifizierung der objektiv-strukturell nicht erklärbaren Beschwerden (Urk. 6/39 S. 5 oben).

#### E. 4

4.1 In Würdigung der medizinischen Akten ist festzuhalten, dass die den Beschwerdeführer behandelnden Ärzte im Wesentlichen von denselben Krankheitsbildern ausgehen.

In somatischer Hinsicht hielt Dr. F. \_\_\_ nach der Untersuchung der LWS mittels MRI fest, es bestehe zwar eine Facettengelenkarthrose in den Segmenten L3/L4 sowie insbesondere L4/L5 rechts, jedoch sei kein Nachweis einer Diskushernie gegeben (Urk. 6/17/1). Ferner führte Dr. Wolfensbeger nach der Untersuchung des linken Knies mittels MRI aus, es würden eine beginnende Gelenkspaltverschmälerung femoro-tibial medial mit einer Chondropathie I-II am Condylus medialis und leichte degenerative Veränderungen im Hinterhorn des Meniskus medialis, weniger ausgeprägt im Meniskus lateralis, bestehen. Weiter liege kein Hinweis auf einen Meniskusriss vor; ferner seien Kreuz- und Seitenbänder unauffällig (Urk. 6/17/2).

Des Weiteren hielten Dr. I. \_\_\_ und Dr. J. \_\_\_ in ihrem Austrittsbericht vom 14. Januar 2008 fest, bei den physischen Leistungstests in der Rehaklinik H. \_\_\_ habe sich der Beschwerdeführer selbst limitiert, und das Ausmass der vom Beschwerdeführer demonstrierten Beschwerden und Einschränkungen lasse sich nicht mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung, den Befunden der bildgebenden Abklärungen sowie der somatischen Diagnose erklären (Urk. 6/36/2 oben). In der angestammten Tätigkeit als Umzugsmitarbeiter sei der Beschwerdeführer nicht arbeitsfähig; in einer wechselbelastenden, mittelschweren Tätigkeit sei eine volle Arbeitsfähigkeit gegeben (Urk. 6/36/2 Mitte).

Auch Kreisarzt Dr. K. \_\_\_ hielt in seinem Bericht vom 13. Februar 2008 fest, das Verhalten des Beschwerdeführers während der Untersuchung sei dermassen demonstrativ, das Schmerzverhalten dermassen massiv gewesen, dass die Untersuchung habe abgebrochen werden müssen. Klar zur Darstellung komme heute eine normale Funktion der LWS; die bei der letzten Beurteilung angenommene lumbale Funktionsstörung könne nicht mehr nachgewiesen werden (Urk. 6/39 S. 4 unten). Ferner hätten alle Untersuchungen seit dem Unfallereignis vom 16. April 2007 keine strukturelle unfallbedingte Läsion ergeben. Das heutige Schmerzverhalten sei nicht erklärbar und vor allem nicht auf den Unfall zurückzuführen (Urk. 6/39 S. 5 oben).

4.2 Zusammengefasst kann festgehalten werden, dass das Schmerzverhalten des Beschwerdeführers nicht mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und der bildgebenden Abklärungen sowie der Diagnose aus somatischer Sicht zu erklären ist. Dies ergaben vor allem auch die MRI Untersuchungen der LWS und des linken Knies vom 6. beziehungsweise 9. Juli 2007, welche keinen Hinweis einer Diskushernie und auch keinen Meniskusriss sowie keine Verletzungen der Kreuz- und Seitenbänder ergaben. Vielmehr sind die geltend gemachten Beschwerden auf degenerative Veränderungen zurückzuführen.

Aufgrund dieser übereinstimmenden Beurteilungen kann davon ausgegangen werden, dass keine organisch nachweisbaren Verletzungen vorliegen.



1995 Nr. U 215 S. 91).

## E. 7

7.1. Im Hinblick auf die Adäquanzfrage ist die objektive Schwere des Ereignisses vom 16. April 2007 zu prüfen.

7.2. Am 16. April 2007 rutschte der Beschwerdeführer beim Tragen eines Schrankes mit einem Arbeitskollegen aus und fiel dabei drei Stufen herab. Dabei schlug er sich den Rücken und das linke Knie an (Urk. 6/7 Ziff. 2).

7.3. Das damalige Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) hat in BGE 115 V 139 Erw. 6a einen gewöhnlichen Sturz und ein Ausrutschen als Beispiele für ein leichtes Unfallereignis aufgeführt. Leichte Unfälle wurden auch angenommen bei einem Treppensturz auf das Gesicht mit initial einem Verdacht auf Handgelenksbruch und später festgestelltem Steissbeinbruch (Urteil des EVG in Sachen S. vom 19. Dezember 2001, U 91/01), bei einem Ausgleiten beim Tragen einer Motorsäge auf abschüssigem Gelände im Wald (Urteil des EVG in Sachen S. vom 7. April 2005, U 221/04), bei einem Sturz auf einer Eisfläche mit Kopfanprall (Urteil des EVG in Sachen E. vom 25. Februar 2003, U 78/02), bei einem Sturz bei Eisregen mit Schenkelhalsbruch (Urteil des EVG in Sachen R. vom 2. Dezember 2002, U 145/02), bei einem Sturz beim Hinuntersteigen von einer Baumaschine (Urteil des EVG in Sachen M. vom 17. Oktober 2000, U 18/00) sowie bei einem Schlag eines 600 Kilogramm schweren Betonblocks an den rechten Oberarm während Betonfräsarbeiten (Urteil des EVG in Sachen S. vom 15. Oktober 2001, U 5/01 + U 7/01).

7.4. Mittelschwere Unfälle im Grenzbereich zu den leichten Unfällen wurden angenommen, bei einem schweren Sturz auf den Rücken (BGE 123 V 141 Erw. 3d), bei einem Ausgleiten beim Hinuntersteigen von einer Böschung mit anschliessendem heftigem Aufschlagen mit dem Rücken auf einem Betonstück am Boden (BGE 115 V 144 Erw. 11a-b), bei einem Sturz von einem 1,2 Meter hohen Gerüst mit einer Calcaneusfraktur (RKUV 1998 Nr. U 307 S. 449), bei einem Sturz in einen Lichtschacht mit Kontusion der rechten Hüfte und Distorsion des rechten Knies und beim Sturz auf einer schneeglatten Unterlage mit Läsion der Supraspinatussehne an der linken Schulter (Urteil des EVG in Sachen D. vom 5. August 2003, U 232/02) sowie beim Sturz an einem steinigem Flussufer hangabwärts auf den Rücken ohne schwere Verletzungen (Urteil des EVG in Sachen P. vom 15. November 2004, U 173/03).

7.5. Vor dem Hintergrund der aufgezeigten, gefestigten Praxis und aufgrund des Umstandes, dass sich der Beschwerdeführer beim Unfall keinerlei Läsionen zugezogen hat, ist das Unfallereignis vom 16. April 2007 den leichten Fällen zuzuordnen.

7.6. Ein leichter Unfall ist nach der Rechtsprechung des EVG in der Regel nicht geeignet einen psychischen Gesundheitsschaden auszulösen (vgl. vorstehend Erw. 6.2).

Ä. Ä. Ä. Ä. Ä. Ä. Ä. Zwar kann auch ein leichter Unfall die adäquate Ursache einer psychisch bedingten Erwerbsunfähigkeit sein, erforderlich ist allerdings, dass die unmittelbaren Unfallfolgen geeignet sind, psychische Störungen hervorzurufen. Zudem müssen die bei Unfällen mittleren Grades herangezogenen Kriterien kumuliert oder in besonderer Schwere auftreten (Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Zürich Basel Genf 2003, S. 54 f., mit Hinweisen). Diesbezüglich ist festzuhalten, dass ein Anschlag

des Rückens und des linken Knies (vgl. Rechtsprechung Erw. 7.3) aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung nicht als Ursache für eine psychische Fehlentwicklung, wie sie beim Beschwerdeführer eingetreten ist, eignet.

7.7 Auch wenn der Unfall eine psychische Störung hervorzurufen vermöchte, wären die bei Unfällen mittleren Grades für eine adäquanzprüfung besondere Umstände wie beispielsweise ein verzögerter Heilungsverlauf, eine langdauernde Arbeitsunfähigkeit oder Komplikationen durch eine besondere Art der erlittenen Verletzungen (vgl. RKUV 1998 Nr. U 297 S. 243 ff.) vorliegend nicht erstellt.

7.8 Da es damit an einem adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und des psychischen Zustandes fehlt, ist der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 4. Juni 2008 (Urk. 2) auch in Bezug auf das psychische Leiden nicht zu beanstanden.

8. Nach Gesagtem ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 27. Februar 2008 (Urk. 6/43) und mit dem diese bestätigenden Einspracheentscheid vom 4. Juni 2008 (Urk. 2) die Ausrichtung von Taggeldleistungen und Heilungskosten per 1. März 2008 einstellte und einen Anspruch des Beschwerdeführers auf Versicherungsleistungen ab diesem Zeitpunkt verneinte.

Die dagegen erhobene Beschwerde ist somit abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:
  - Rechtsanwalt Dr. Domenico Acocella
  - Rechtsanwältin Barbara Klett
  - Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerde ist zu richten an:

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).