

605 2009-41

Urteil vom 17. März 2011

SOZIALVERSICHERUNGSGERICHTSHOF

BESETZUNG

Stellvertretender Präsident:	Christoph Rohrer
Beisitzer:	Jean-Marc Kuhn
	Bruno Boschung
Gerichtsschreiber-Praktikant:	Savio Michellod

PARTEIEN

X., Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt Thomas Zbinden,
Cité-Bellevue 6, Postfach 41, 1707 Freiburg,

gegen

SCHWEIZERISCHE MOBILIAR VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT,
Bundesgasse 35, Postfach, 3001 Bern, **Vorinstanz**,

GEGENSTAND

Unfallversicherung

Beschwerde vom 6. Februar 2009 gegen den Einspracheentscheid vom
8. Januar 2009

S a c h v e r h a l t

A. X., geboren 1947, verheiratet und getrennt, drei Söhne, mit seiner Partnerin zusammenlebend, eine Tochter (geboren 2006), wohnhaft in A., arbeitete nach Abschluss einer Detailhandelslehre bis 1990 als Praxiseinrichter, Aertzebesucher und Praxis-EDV-Einrichter für die Apotheke Y. AG. Seit 1991 ist er Inhaber und Geschäftsführer der Z. AG mit Sitz in A. und in dieser Eigenschaft bei der Schweizerischen Mobiliar Versicherungsgesellschaft (nachfolgend Mobiliar) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Mit Unfallmeldung vom 14. August 2006 teilte er der Mobiliar mit, dass er am Donnerstag, den 10. August 2006 um 22.10 Uhr in A. *"bei einem nächtlichen Spaziergang in [seinem] Wohnquartier (...) einen ungesicherten und unbeleuchteten Treppenabgang 4 Meter gestürzt und ohnmächtig liegen geblieben"* sei. Dabei habe er sich an Kopf, Ellbogen, Arme, Knie, Becken, Gesäss und Halswirbel verletzt.

B. Nachdem die Mobiliar medizinische Berichte eingeholt hatte, stellte sie mit Verfügung vom 23. Januar 2008 die Taggeldleistungen per 30. November 2007 ein, da die Unfallfolgen abgeheilt seien und allfällige weitere Beschwerden auf die nicht in adäquatem Zusammenhang zum Unfallereignis stehende psychische Problematik zurückzuführen seien.

Auf Einsprache von X., vertreten durch Rechtsanwalt Thomas Zbinden, Freiburg, hin bestätigte die Mobiliar ihre Verfügung mit Einspracheentscheid vom 8. Januar 2009. Gestützt auf das im Einspracheverfahren bei der ZVMB GmbH, eingeholte interdisziplinäre Gutachten vom 20. Juni 2008 begründete sie, es sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass spätestens zum Zeitpunkt der Begutachtung (13. Mai 2008) keine Unfallfolgen mehr vorlagen und die natürliche Kausalität weggefallen sei. Auf diesen Zeitpunkt hin sei auch die Adäquanz zu verneinen.

C. Gegen diesen Einspracheentscheid führt X., weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt Thomas Zbinden, Freiburg, am 6. Februar 2009 beim Kantonsgericht Freiburg, Sozialversicherungsgerichtshof, Beschwerde. Er beantragt, der angefochtene Einspracheentscheid vom 8. Januar 2009 sei teilweise aufzuheben und festzustellen, dass die medizinisch festgestellten Beschwerden weiterhin in natürlichem und adäquatem Kausalzusammenhang zum Unfall vom 10. August 2006 stehen. Weiter beantragt er die Zusprache von Taggeldleistungen über den 12. Mai 2008 hinaus, eine Entschädigung von 2'729.10 Franken für den durch die Abklärungsmassnahmen erlittenen Erwerbsausfall (S. 20), eine Parteientschädigung von 8'087.45 Franken für das vorinstanzliche Verfahren (S. 22) sowie eine angemessene Parteientschädigung für das Beschwerdeverfahren. Er macht im Wesentlichen geltend, dass bei erlittener traumatischer Hirnverletzung und Schleudertrauma sowie angesichts der durch die MEDAS-Gutachter für glaubwürdig erachteten Beschwerden weiterhin ein natürlicher Kausalzusammenhang bestehe. Auch die Adäquanz bei schwerem Unfallereignis sei gegeben. Im Weiteren führt er an, dass die gutachterlichen Abklärungen bis zum 3. Juni 2008 gedauert hätten, weshalb mindesten solange, jedoch darüber hinaus, Taggelder geschuldet seien.

In ihren Bemerkungen vom 27. März 2009 schliesst die Mobiliar auf vollumfängliche Abweisung der Beschwerde. Sie führt insbesondere aus, dass gemäss den Gutachtern zum Zeitpunkt der Begutachtung keine überwiegend wahrscheinlichen auf den Unfall zurückführbaren gesundheitlichen Beeinträchtigungen mehr nachweisbar waren. Die Kritik des Beschwerdeführers am Gutachten beschränke sich grossmehrheitlich auf bloss formalistische Einwände.

In den Gegenbemerkungen vom 30. April 2009 hält der Beschwerdeführer an seinen gestellten Rechtsbegehren fest. Er weist darauf hin, dass das ZVMB-Gutachten unvollständig und zum Teil widersprüchlich sei und die Beschwerdegegnerin nicht das gesamte Beweismaterial gewürdigt habe. Aufgrund der noch immer regelmässig auftretenden Schwindelattacken habe der Beschwerdeführer allein im Jahre 2009 zwei Unfälle erlitten. Aufgrund der Berichte von Dr. R. und Dr. K. sei es der Beschwerdegegnerin mit dem unvollständigen und zum Teil widersprüchlichen ZVMB-Gutachten nicht gelungen, den Beweis der entfallenen Kausalität zu erbringen.

In den Schlussbemerkungen vom 3. Juni 2009 weist die Mobiliar die am ZVMB-Gutachten erhobenen Vorwürfe erneut zurück. Dieses sei hinreichend begründet und basiere auf einer umfassenden Würdigung des medizinischen Sachverhalts. Im Übrigen habe Frau Dr. R. in früheren Berichten die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden dem psychosomatischen Bereich zugeordnet respektive zur endgültigen Klärung noch eine vertrauensärztliche neurologische Untersuchung angeregt und sich mithin offenbar selbst nicht in der Lage gesehen, zur Frage der Unfallkausalität abschliessend Stellung zu nehmen.

Die weiteren Elemente des Sachverhalts ergeben sich, soweit sie für die Urteilsfindung massgebend sind, aus den nachfolgenden rechtlichen Erwägungen.

E r w ä g u n g e n

1. Die Beschwerde vom 6. Februar 2009 gegen den Einspracheentscheid der Mobiliar vom 8. Januar 2009 ist fristgerecht durch einen ordentlich bevollmächtigten Rechtsvertreter bei der sachlich und örtlich zuständigen Beschwerdeinstanz eingereicht worden (vgl. Art. 58 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1], welches gemäss Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20] Anwendung findet; Art. 1 und 13 Abs. 2 lit. b des kantonalen Gesetzes vom 14. November 2007 über die Organisation des Kantonsgerichts [KGOG; SGF 131.1.1]).

Gemäss Art. 5 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG; SR 172.021) gelten als Verfügungen Anordnungen der Behörden im Einzelfall, die sich auf öffentliches Recht des Bundes stützen. Die Versicherer sind im Bereich der UVG-Zusatzleistungen nicht befugt, mittels Verfügung bzw. Einspracheentscheid über Leistungsansprüche zu entscheiden (RKUV 1990 Nr. U 103 S. 265; Urteil U 379/04 vom 1. April 2005 Erw. 1), was die Mobiliar zu Recht auch nicht getan hat. Soweit der Beschwerdeführer die Ausrichtung "vertraglicher" Leistungen aus der nicht obligatorischen UVG-Zusatzversicherung beantragt, ist auf die Beschwerde nicht einzutreten (BGE 131 V 164 f. Erw. 2.1; Urteil 8C_141/2009 vom 2. Juli 2009 Erw. 2).

2. a) Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) werden die Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt.

aa) Zwischen dem Unfall und der Gesundheitsschädigung muss ein natürlicher Kausalzusammenhang bestehen. 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, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen. Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 Erw. 3).

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 nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 Erw. 3b mit Hinweisen) und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend. Der Unfallversicherer hat nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen zu erbringen. Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ist an sich unerheblich. Entscheidend ist allein, ob die unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteil U 286/06 vom 31. August 2007 Erw. 2.3, Urteil U 414/05 vom 7. Juni 2006 Erw. 2.2 mit Hinweisen).

bb) Weiter muss zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang bestehen. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint. Lehre und Rechtsprechung lassen den sozialen Unfallversicherer für Schäden nur dann eintreten, wenn diese sowohl in einem natürlichen wie auch in einem adäquaten Kausalzusammenhang mit dem schädigenden Ereignis stehen (BGE 129 V 177 Erw. 3). Im Sozialversicherungsrecht spielt im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 127 V 102 Erw. 5b/bb). Anders verhält es sich bei natürlich unfallkausalen, aber organisch nicht (hinreichend) objektiv ausgewiesenen Beschwerden. Hier ist bei der Beurteilung der Adäquanz vom augenfälligen Geschehnisablauf auszugehen und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen (vgl. nachfolgend). Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung (SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 Erw. 2) oder ein Schädel-Hirntrauma erlitten hat. Liegt keine solche Verletzung vor oder treten die aus einer solchen Verletzung resultierenden Symptome im Vergleich zur psychischen Problematik ganz in den Hintergrund, wird die Adäquanz gemäss den Kriterien von BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa und somit

unter Ausschluss psychischer Aspekte beurteilt. Hat die versicherte Person eine solche Verletzung erlitten, erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 366 Erw. 6a und 382 Erw. 4b festgelegten Kriterien (BGE 127 V 103 Erw. 5b/bb), welche in BGE 134 V 109 neu gefasst wurden, wobei auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet wird. Die Beurteilung der Adäquanz obliegt einzig dem Gericht bzw. der Verwaltung, jedoch nicht den medizinischen Experten (A. RUMO-JUNGO, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Zürich 2003 S. 44 f.; vgl. zum Ganzen Urteil 8C_66/2008 vom 4. Juli 2008 Erw. 1 und Erw. 3).

b) Der Sozialversicherungsrichter prüft objektiv alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen und entscheidet danach, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend ist und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 351 Erw. 3a, 112 V 160 Erw. 1c). Die Frage, ob ein medizinisches Gutachten auch inhaltlich schlüssig, nachvollziehbar und widerspruchsfrei ist, kann nur im Kontext mit der Gesamtheit der einschlägigen Akten beurteilt werden (Urteil 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 Erw. 2.2).

Von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten den Bericht verfassten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt sind, darf das Gericht nach ständiger Praxis volle Beweiskraft zuerkennen, solange "nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit" der Expertise sprechen (vgl. BGE 125 V 351 Erw. 3b/bb). Auch ein Parteigutachten (zum Grundsatz der Waffengleichheit, vgl. BGE 135 V 465 Erw. 4.5) enthält Äusserungen eines Sachverständigen, welche zur Feststellung eines medizinischen Sachverhalts beweismässig beitragen können. Daraus folgt indessen nicht, dass ein solches Gutachten den gleichen Rang wie ein vom Gericht oder ein von einem Sozialversicherer nach dem vorgegebenen Verfahrensrecht eingeholtes Gutachten besitzt. Es verpflichtet indessen - wie jede substantiiert vorgetragene Einwendung gegen ein solches Gutachten - den Richter bei der Abschätzung des Beweiswerts im Rahmen einer freien und umfassenden Beweismwürdigung zu prüfen, ob es in rechtserheblichen Fragen die Auffassungen und Schlussfolgerungen des vom Gericht oder vom Sozialversicherer förmlich bestellten Gutachters derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist (vgl. BGE 125 V 241 Erw. 3c). Eine abweichende Beurteilung kann etwa gerechtfertigt sein, wenn die gegensätzlichen Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des förmlich angeordneten Gutachtens in Frage zu stellen oder wenn dieses widersprüchlich ist, sei es, dass das Gericht die Überprüfung einer Gerichtsexpertise durch eine weitere Fachperson im Rahmen einer Oberexpertise für angezeigt erhält, sei es, dass es aufgrund der sich widersprechenden medizinischen Aktenlage erhebliche Zweifel an der Beweiswertigkeit der für die Vorinstanz massgebenden gutachterlichen Entscheidungsgrundlage hat, ergänzende Abklärungen für unumgänglich hält und die Sache daher zu einer Zweitexpertise an den Versicherungsträger zurückweist, sei es, dass es ohne Ober- oder Zweitexpertise vom Ergebnis des förmlich angeordneten Gutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (vgl. BGE 125 V 241

Erw. 3b/aa; Urteil 8C_928/2009 vom 26. April 2010 Erw. 4.3; Urteil 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 Erw. 2.3.2 und 2.4; SVR 2/2008 UV Nr. 3 Erw. 4.5).

Weiter lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175; Urteil I 506/00 vom 13. Juni 2001, E. 2b) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 Erw. 2.3.2; Urteil I 514/06 vom 25. Mai 2007 Erw. 2.2.1, mit Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 Erw. 4.5 ff.). Im Übrigen kann es gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung in unklaren und umstrittenen Fällen nicht Sache der behandelnden Ärzte sein, die Arbeitsfähigkeit ihrer Patienten zu beurteilen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_656/2009 vom 5. November 2009 Erw. 3 in fine mit Hinweisen; vgl. auch BGE 125 V 351 Erw. 3cc).

3. a) Die Parteien sind sich einig, dass das Ereignis vom 10. August 2006 als Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG anzusehen ist.

b) Unbestritten ist, dass die Beschwerdegegnerin bis zur Leistungseinstellung per 12. Mai 2008 die Kausalität der geklagten Beschwerden als durch das Unfallereignis vom 10. August 2006 verursacht anerkannt und entsprechend Versicherungsleistungen (Heilbehandlung, Taggeld) erbracht hat. Gemäss dargestellter Rechtslage ist sie mithin dafür beweispflichtig, dass die unfallbedingten Ursachen des im Zusammenhang mit dem genannten Unfallereignis geklagten Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit per 12. Mai 2008 ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind. Streitig und zu prüfen ist vorliegend denn hauptsächlich, ob die vom Beschwerdeführer über den 12. Mai 2008 hinaus geklagten Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Folgen des Unfallereignisses vom 10. August 2006 darstellen, für welche die Mobiliar einzustehen hat.

c) Dass der Fall durch die Beschwerdegegnerin unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf Dauerleistungen verfrüht abgeschlossen worden wäre (vgl. BGE 134 V 109 Erw. 4.1 mit Hinweisen), macht der Beschwerdeführer, auch wenn er weiterhin Taggeldleistungen verlangt, zu Recht nicht geltend. Vielmehr ist aufgrund der gesamten medizinischen Akten (siehe nachfolgende Erwägungen; vgl. auch ZVMB-Gutachten vom 20. Juni 2008 [nachfolgend ZVMB-Gutachten/ Gutachten] S. 29 Ziff. 5.2) zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung von einem stabilisierten Gesundheitszustand auszugehen, was rechtsprechungsgemäss nicht erfordert, dass eine vollständige Genesung respektive eine volle Arbeitsfähigkeit eingetreten sind (vgl. Urteile U 244/04 vom 20. Mai 2005, Erw. 2, nicht publ. in RKUV 2005 Nr. U 557 S. 388, und U 412/00 vom 5. Juli 2001, Erw. 2a; A. MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl., Bern 1989, S. 274). Eine spezifische medizinische Behandlung oder Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG erfolgten vorliegend aktenkundig nicht mehr. Selbst wenn der Beschwerdeführer gemäss der behandelnden Ärztin Dr. med. R. (Schreiben vom 21. Januar 2008) auf eine Dauermedikation angewiesen sein sollte, könnte es sich dabei offensichtlich lediglich um eine reine Erhaltungstherapie handeln. Von einer solchen kann rechtsprechungsgemäss jedoch gerade keine namhafte Besserung des Gesundheits-

zustandes im Sinne einer zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit - soweit unfallbedingt beeinträchtigt - mehr erwartet werden (vgl. BGE 134 V 109 Erw. 4.3 mit Hinweisen), wovon auch Dr. med. R. nicht auszugehen scheint (vgl. Schreiben vom 21. Januar 2008 sowie Bericht vom 6. November 2007 S. 2).

4. a) Der Beschwerdeführer macht im Wesentlichen geltend, dass gestützt auf Dr. med. R. und Dr. med. K. weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 20% vorliege. Er habe beim Unfall vom 10. August 2006 eine Schädel/HWS-Kontusion mit Commotio cerebri sowie ein Polytrauma erlitten. Unbestritten gingen die Ärzte davon aus, dass er sich dabei eine leichte traumatische Hirnverletzung zugezogen habe. Gestützt auf Dr. med. K. (Bericht vom 31. August 2007) sei zusätzlich auch von einer HWS-Verletzung im Sinne eines Schleudertraumas auszugehen, da er beim Treppensturz mit jedem Kopfaufprall einen Anprall sowie eine Gegenbewegung i. S. einer Hyperflexion des nach vorn inklinierten Kopfes erlitten habe. Zudem bestehe gemäss den ZVMB-Gutachtern (Gutachten S. 29 Ziff. 5.3) keine Differenz zwischen den von diesen erhobenen Befunden und den geklagten subjektiven Beschwerden (Kopfschmerzen, Nackenbeschwerden, Konzentrationsstörungen, Schwindel etc.). Entsprechend sei bei typischem Beschwerdebild auf die bundesgerichtliche Praxis zum Schleudertrauma und Schädel-Hirn-Trauma abzustellen und mithin darauf, dass ein Unfall mit Schleudertrauma eine Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit auch dann verursachen könne, wenn die festgestellten Funktionsausfälle organisch nicht nachweisbar seien (vgl. BGE 134 V 116 Erw. 6.2.1, 119 V 338); das Vorhandensein einer Teilursache genüge. Da das ZVMB-Gutachten insbesondere die Meinung von Dr. med. K., es sei nicht ausgeschlossen, dass ein funktionelles Defizit bestehen bleiben werde (Bericht vom 31. August 2007), nicht einbezogen habe, käme dem Gutachten hinsichtlich der Beurteilung der natürlichen Kausalität nur ein bedingter Beweiswert zu. Selbst wenn die degenerativen Veränderungen allenfalls eine Teilursache der Nackensteifigkeit darstellten, sei unbestritten, dass er bis zum Unfallzeitpunkt symptomfrei war (vgl. Gutachten S. 29 Ziff. 5.2). Bei typischem Beschwerdebild sei mithin die natürliche Kausalität zu bejahen. Angesichts des Hinweises der Mobiliar im Einspracheentscheid (S. 14 Ziff. 41) auf die Neurologen Dr. med. I. und J. könnten solche Beschwerden über Monate und Jahre anhalten. Daraus sei zu schliessen, dass der Mobiliar der ihr obliegende Beweis dafür, dass die seit über zwei Jahren gegebene unfallkausale Ursache plötzlich weggefallen sei, nicht gelungen sei. Bei schwerem Unfall sei auch die Adäquanz gemäss BGE 304 V 116 zu bejahen.

b) Demgegenüber verneint die Mobiliar gestützt auf das polydisziplinäre ZVMB-Gutachten vom 20. Juni 2008, dem sie vollen Beweiswert zumisst, dass über die Begutachtung hinaus unfallbedingte strukturelle Schäden vorliegen, welche in irgendeiner Form die Arbeitsfähigkeit limitieren würden. Darüber hinaus verneint sie die Adäquanz nach den Kriterien gemäss BGE 115 V 133.

5. Streitig in der Hauptsache ist mithin konkret, ob (noch) objektivierbare organische Unfallfolgen vorliegen, welche eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge haben, und ob die Prüfung der adäquaten Unfallkausalität des Gesundheitsschadens nach der Praxis für psychische Unfallfolgen (vgl. BGE 115 V 133) - mithin einzig unter Berücksichtigung der physischen Komponenten (vgl. BGE 134 V 109 Erw. 6.1) - zu erfolgen hat, oder, nach Ansicht des Beschwerdeführers, vielmehr nach der Praxis gemäss BGE 134 V 109, und dabei insbesondere die Würdigung der einzelnen Kriterien (besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen; fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung; ohne wesentlichen Unterbruch bestehende erhebliche Beschwerden; ärztliche

Fehlbehandlung; schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengung, vgl. BGE 134 V 109 Erw. 10.3).

Liegen keine organisch objektivierbaren Unfallfolgen vor, schliesst dies auch gemäss neuester bundesgerichtlicher Rechtsprechung zwar die natürliche Unfallkausalität der Beschwerden nicht aus. Anders als bei einem klar unfallbedingten Korrelat kann der adäquate Kausalzusammenhang aber nicht ohne besondere Prüfung bejaht werden. Ergibt sich dabei, dass es an der Adäquanz fehlt, erübrigen sich Weiterungen zur natürlichen Kausalität (vgl. Urteil 8C_585/2010 vom 5. November 2010 Erw. 6).

a) Aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten besteht zwischen der (erst)behandelnden Ärztin Dr. med. R., Fachärztin FMH für Innere Medizin, B., und den ZVMB-Gutachtern (Dr. med. G., Facharzt für Chirurgie [D], Dr. med. C., Facharzt für Neurologie und Psychiatrie [D], Dr. phil. S., Neuropsychologe FSP) Einigkeit darin, dass sich der Beschwerdeführer beim Treppensturz am 10. August 2006 - neben multiplen Schürfwunden und Hämatomen - hauptsächlich einerseits eine Kontusion des Schädels mit einer Commotio cerebri mit kurzer Bewusstlosigkeit (rund 15 Minuten, vgl. Bericht Dr. med. R. vom 17. August 2006) und retrograder Amnesie - beziehungsweise eine mild traumatic brain injury im Rahmen eines Schädelhirntraumas erlitten hat, andererseits, dass er sich dabei auch eine Kontusion der HWS (mit Abknickmechanismus) zugezogen hat (vgl. ebd. sowie Gutachten S. 24, 27 f.).

Die Kritik des Beschwerdeführers an der Vorinstanz, sie hätte die Diagnosen von Dr. med. R. im Einspracheentscheid nicht aufgeführt, erweist sich damit als unbegründet (vgl. zudem Erw. 6 a/bb unten). Weiter macht der Beschwerdeführer unter Berufung auf Dr. med. K., Facharzt FMH für Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und im Gegensatz zu den ZVMB-Gutachtern geltend, dass die Verletzung an der HWS einem eigentlichen Schleudertrauma-Mechanismus oder einem Schleudertrauma äquivalenten Mechanismus entspreche. Wie es sich damit verhält, kann indessen offenbleiben: Selbst dann, wenn zu Gunsten des Versicherten davon ausgegangen wird, er habe neben dem Schädelhirntrauma ein Schleudertrauma erlitten und man die Adäquanz des Kausalzusammenhangs zwischen dem Ereignis und den über den 12. Mai 2009 hinaus anhaltend geklagten gesundheitlichen Beschwerden nach der sogenannten Schleudertrauma-Praxis (vgl. Erw. 2a/bb hievon) prüft, ist diese, wie nachfolgend gezeigt wird, zu verneinen (vgl. auch Urteil 8C_239/07 vom 7. August 2008 Erw. 6).

b) Hinsichtlich der Beschwerdeentwicklung und Arbeitsfähigkeit ist aufgrund der medizinischen Akten festzuhalten, dass sich nach dem Sturzereignis unbestritten ein postkommotionelles Syndrom mit Kopfschmerzen, Schwindel, einer allgemeinen Gehirnleistungsschwäche, Konzentrationsstörungen, rascher Ermüdbarkeit, Reizbarkeit und Nackenschmerzen, vorübergehend auch eine rechtsseitige Gangunsicherheit (Gutachten S. 24 f., 27 f.; Dr. med. R., Berichte vom 17. August 2006 und 23. Oktober 2006). Die weiteren Berichte der behandelnden Hausärztin Dr. med. R. vom 13. März, 8. Mai und 6. November 2007 zeigen, dass der Verlauf komplikationslos war und gemäss klinischer und neurologischer Prüfung eine komplette Remission der multiplen Schürfwunden, Hämatome, der ischialgieförmigen Beschwerden mit Sensibilitätsstörungen im Dermatom S1 sowie der Sehstörungen am linken Auge eingetreten war. Die noch bestehenden Restbeschwerden im Sinne einer residuellen Schwindel- und Nackenkopfschmerzsymptomatik wurden von Dr. med. R. aufgrund der im Normbereich liegenden klinischen und neurologischen Untersuchung als nicht objektivierbar erklärt. Sie ging davon aus, dass die subjektiven Empfindungen wie Schwindel und Steifigkeitsgefühl/Unwohlsein im cervico-occipitalen Bereich, da ohne organisches Substrat (vgl. auch die CT-

Neurokranium/HWS-Befunde im Bericht von Dr. med. T. vom 16. August 2006), als psychosomatische Folgen respektive psychische Verarbeitungsstörung zu interpretieren seien. Ein Gutachten müsse die aktuell noch bestehende 20%ige Arbeitsunfähigkeit dokumentieren (Dr. med. R., Bericht vom 6. November 2007). Im Ergebnis bestätigte auch der konsiliarisch beigezogene Orthopäde Dr. med. K., nachdem er anlässlich der Untersuchung im August 2007 noch ein mässiges funktionelles Defizit v.a. bezüglich der Beweglichkeit der HWS mit Tendenz zu Steifigkeit im cervico-occipitalen Übergang festgestellt hatte (vgl. Bericht vom 31. August 2007), eine komplette Rückbildung der posttraumatischen Befunde, respektive, dass keine definierten organischen Substrate mehr vorliegen und die Angaben des Versicherten zu seinem Wohlbefinden allein auf subjektiver Wahrnehmung beruhten (Bericht vom 20. Dezember 2007). Da jedoch distorsionelle Einwirkungen auf die HWS erfahrungsgemäss über längere Zeit mit Restbeschwerden wie Schindel und Nackensteifigkeit einhergehen können, empfahl er, falls nötig, eine unabhängige Begutachtung.

aa) Die ZVMB-Gutachter halten zur Arbeitsfähigkeit zunächst fest, dass die in den Vorakten dokumentierte eingeschränkte Arbeitsunfähigkeit des Versicherten bei protrahiertem Verlauf im Sinne eines postkommotionellen Syndroms im komplexen Tätigkeitsbereich als CEO seiner Firma mit der genannten Symptompalette für eine längere Zeit nachvollziehbar sei. Wenn sie aufgrund der erhobenen Befunde (vgl. Gutachten S. 15 bis 25) weiter zum Ergebnis gelangen, dass die vom Versicherten angegebenen Beschwerden (zerviko-cephales Schmerzsyndrom, temporär assoziiert mit unspezifischem Schwindel, kognitiv Konzentrationsschwierigkeiten und Merkfähigkeitsprobleme, psychisch Adaptationsschwierigkeiten im Umgang mit den persistierenden Beschwerden) sich unfallbedingt nicht mehr erklären liessen (vgl. Gutachten S. 25 bis 28), so steht dies in wesentlicher Übereinstimmung mit den dargestellten Einschätzungen der behandelnden Ärztin und des von ihr hinzugezogenen Orthopäden Dr. med. K. wie auch mit den von diesen erhobenen Befunden. Insbesondere konnte anlässlich der Begutachtung weder in den bisherigen noch aufgrund der im Rahmen der Begutachtung neu veranlassten MRI- und Röntgenuntersuchungen ein unfallbedingtes organisches Substrat für die HWS-Beschwerden noch eine zerebrale Pathologie insbesondere auch kein Hinweis auf eine stattgehabte intrazerebrale Blutung oder eine Parenchymverletzung festgestellt werden. Auch die im MRI-Bericht vom 27. Juli 2008 angesprochene "*mögliche Kompromittierung*" der Nervenwurzel C7 links war ohne klinisches Korrelat. Anlässlich der Begutachtung waren zwei otoneurologische Provokationsteste mit Unsicherheit verbunden. Die otoneurologische Untersuchung am Inselspital ergab keine Hinweise für eine peripher vestibuläre Ursache der Symptome. Auch klinisch konnte im Nackenbereich keine unfallassoziierte Pathologie mehr festgestellt werden. Neuropsychologisch wie klinisch ergaben sich, ausser leichten, nicht krankheitswerten Wortfindungsstörungen bei komplexeren medizinischen Ausdrücken, Normalbefunde, psychiatrisch wurden keine krankheitswerte psychische Störungen festgestellt und in den Vorakten fachärztlich auch keine erhoben (vgl. zum Ganzen: Gutachten S. 20, 26 ff.; Dr. med. N., Fachärztin FMH für Otorhinolaryngologie, Spital B., Bericht vom 12. Juni 2008 zur otoneurologischen Untersuchung vom 3. Juni 2008; Dr. med. H., Fachärztin FMH für Radiologie, HWS-Röntgenbericht vom 3. Juni 2008; Dr. med. M., Facharzt FMH für Radiologie, Hirn-MRI-Bericht vom 26. Mai 2008 sowie HWS-MRI-Bericht vom 27. Mai 2008).

Bei dieser Sachlage ist nachvollziehbar, wenn die Gutachter festhalten, die heute noch bestehenden Beschwerden des Versicherten hätten durch die im Rahmen der Begutachtung durchgeführten Untersuchungen nicht mit einem unfallbedingten organisch-strukturellen Substrat objektiviert werden können (Gutachten S. 26, 28). Wenn sie gestützt auf die erhobenen Befunde auch nicht mehr von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit

ausgehen (Gutachten S. 30), so ist dies ebenfalls nachvollziehbar und insbesondere vereinbar mit der Einschätzung der behandelnden Ärztin und jener von Dr. med. K., welche die definitive Beantwortung dieser Frage explizit den Gutachtern überlassen hatten. Entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers ist überdies nicht ersichtlich, inwiefern die Einschätzung der Gutachter unvereinbar sei mit der Äusserung der Neurologen Dr. med. I. und J., dass Beschwerden im Sinne eines postkommotionellen Syndroms über Monate und Jahre bestehen bleiben können (vgl. Gutachten S. 27 unten f. mit Hinweis). Denn dies bedeutet für sich allein noch nicht, dass die Beschwerden über Jahre hinweg auch tatsächlich eine erhebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen vermögen. Vielmehr ist die Arbeitsfähigkeit in jedem Einzelfall ärztlicherseits konkret zu bestimmen, was vorliegend im Rahmen der Begutachtung auch geschah.

bb) Wenn der Beschwerdeführer gegen den Beweiswert des ZVMB-Gutachtens ausserdem anführt, es sei mit hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen, die Nackenbeschwerden seien auf die "unfallbedingten Nervenstörungen" infolge HWS-Überdehnung beim Unfall zurückzuführen, so ist der Vollständigkeit halber festzuhalten, dass die Gutachter die anhaltenden Nackenbeschwerden überzeugend mit den vorbestehenden und nun ausgeprägten degenerativen Veränderungen der HWS erklären (Gutachten S. 25 f., 27). Aufgrund der Aussage der Gutachter, der Beschwerdeführer habe vor dem Unfall nicht an den aktuellen Beschwerden gelitten, kann nicht auf deren Unfallkausalität geschlossen werden; denn dies liefe auf einen unzulässigen "post hoc, ergo propter hoc"-Schluss hinaus (vgl. BGE 119 V 334 Erw. 2b/bb). Auch mit dem Argument, gemäss Dr. med. K. (Bericht vom 31. August 2007) schliesse das Fehlen von ossären HWS-Läsionen insbesondere nicht eine unspezifische Traumatisierung der vorbestehenden degenerativen Veränderungen im Bereich der Facetten- und Unkovertebralgelenke aus, lässt sich nichts gewinnen. Denn nach geltender Rechtsprechung wird eine signifikante und damit dauernde Verschlimmerung einer hier zweifellos vorbestehenden degenerativen Schädigung der Wirbelsäule (vgl. CT-HWS-Bericht vom 16. August 2006: Diskopathie im Segment HWK 6/7 sowie beginnende knöcherne Einengung der Neuroforamina, Spondylosen, Fazettengelenksarthrose und Unkarthrose in verschiedenen Segmenten, act. 23) nur dann als durch einen Unfall hervorgerufen angesehen, wenn die Radioskopie ein plötzliches Zusammensinken der Wirbel sowie das Auftreten und Verschlimmern von Verletzungen auf Grund eines Traumas aufzeigt (vgl. Urteile U 530/06 vom 25. Oktober 2007 E. 4.2 und U 355/98 vom 9. September 1999 E. 3a mit Hinweisen, *in* RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45). Demgegenüber ist medizinisch rechtspprechungsgemäss lediglich von einer vorübergehenden Verschlimmerung auszugehen, wenn nach einer unfallbedingten Kontusion der Wirbelsäule eine bisher stumme, vorbestehende Spondylarthrose, Spondylose oder eine andere degenerative Wirbelsäulenerkrankung symptomatisch wird (DEBRUNNER/RAMSEIER, Die Begutachtung von Rückenschäden in der schweizerischen sozialen Unfallversicherung, Bern 1990, S. 52). Die zeitliche Dauer, während welcher eine vorbestehende Wirbelsäulenerkrankung durch einen Unfall - bei Fehlen unfallbedingter Wirbelkörperfrakturen oder struktureller Läsionen an der Wirbelsäule - im Sinne einer vorübergehenden Verschlimmerung beeinflusst wird, beträgt nach unfallmedizinischer Erfahrung sechs bis neun Monate, längstens jedoch ein Jahr (MORSCHER/CHAPCHAL, Schäden des Stütz- und Bewegungsapparates nach Unfällen, *in* Baur/Nigst, Versicherungsmedizin, 2. Aufl., Bern 1985, S. 192; DEBRUNNER/RAMSEIER, a.a.O., S. 52; vgl. auch BÄR/KIENER, Prellung, Verstauchung oder Zerrung der Wirbelsäule, Medizinische Mitteilungen der SUVA Nr. 67 von Dezember 1994, S. 45 f.). Rechtsprechungsgemäss handelt es sich dabei um einen unfallmedizinisch allgemein anerkannten Verlauf vorbestehender Wirbelsäulenerkrankungen nach einem Unfallereignis ohne strukturelle Verletzungen der Wirbelsäule (Urteil

8C_726/2010 vom 19. November 2010 Erw. 3.4; Urteile U 530/06 vom 25. Oktober 2007 E. 4.2 und U 290/06 vom 11. Juni 2007 E. 4.2.1, in: SVR 2008 UV Nr. 11 S. 34).

Soweit die ZVMB-Gutachter aufgrund der Untersuchungsergebnisse (dauerhafte) strukturelle Folgen des Sturzes verneinen (Dr. med. K. hielt Weichteilläsionen im Nackenbereich bloss für möglich, vgl. Bericht vom 31. August 2007) und klinisch keine afferenten Funktionsstörungen mit muskulärer Dysbalance und Verkürzung der subokzipitalen Muskeln mehr feststellen, wobei sich auch der Charakter der Nackenschmerzen geändert habe, stimmt dieser Verlauf vorliegend mit den allgemein anerkannten Erkenntnissen der Unfallmedizin überein (vgl. Urteil 8C_726/2010 vom 19. November 2010 Erw. 3.4). Die Gutachter legen überdies überzeugend dar, dass die (offenbar fortschreitenden: vgl. die CT/MRI-Befunde 2006/2008, Gutachten S. 22 f.) polysegmentalen degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule, insbesondere die Unkovertebralarthrosen eo ipso Nackensteifigkeit und Bewegungseinschränkungen - das Segment C6/7 ist nach radiologischer Einschätzung nahezu fixiert - bedingen, was beim Beschwerdeführer nachgewiesen werden könne und ihn auch subjektiv beeinträchtigt (Gutachten S. 27).

c) Zusammenfassend bestehen aufgrund der medizinischen Akten somit keine hinreichend erstellten Anhaltspunkte für organisch nachweisbare Unfallfolgen, welche die Restbeschwerden des Versicherten zu erklären vermöchten. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass aufgrund des dargestellten Kontextes der gesamten medizinischen Vorakten das Gutachten insgesamt schlüssig, nachvollziehbar und widerspruchsfrei erscheint. Es geht in Kenntnis der Vorakten auf die geklagten Beschwerden ein und legte anhand der erhobenen Befunde und unter Einschluss der Ergebnisse einer aufgrund der angegebenen Beschwerden zusätzlich veranlassten otoneurologischen Abklärung am Spital B. sowie - soweit erforderlich unter Einbezug von Vorbefunden - die medizinische Situation und die Zusammenhänge einleuchtend dar und kommt zu überzeugenden Schlussfolgerungen. Ob das versicherte Unfallereignis jedenfalls eine - für die Bejahung des für den Leistungsanspruch erforderlichen natürlichen Kausalzusammenhangs genügende (BGE 134 V 109 Erw. 9.5 mit Hinweisen) - wesentliche Teilursache der nach der Begutachtung fortbestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen bildet, wovon aufgrund des Dargelegten nicht auszugehen ist, sind vielmehr die geklagten Beschwerden plausibel durch die objektivierten degenerative HWS-Befunde erklärt, braucht jedoch letztlich, wie die nachfolgenden Ausführungen zeigen, nicht abschliessend beurteilt zu werden.

6. a) Die Vorinstanz hat den Treppensturz höchstens als mittelschweres Unfallereignis qualifiziert, ohne dies näher zu begründen. Da es sich beim vorliegenden Treppensturz-Ereignis um ein höchstens mittelschweres Unfallereignis im mittleren Bereich handelt, ist dem beizupflichten, bestimmt sich doch die Schwere des Unfalls aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs mit den sich dabei entwickelnden Kräften (vgl. SVR 2008 UV Nr. 8 S. 26 Erw. 5.3.1 [U 2/07]). In der Rechtsprechung als mittelschwer bis schwer im mittleren Bereich qualifiziert werden Unfälle, bei denen Versicherte aus mehreren Metern Höhe von Leitern, Gerüsten oder einem Dach stürzen und erhebliche Verletzungen und Frakturen erleiden (vgl. Kasuistik im Urteil U 300/03 vom 30. November 2004 Erw. 3.3 mit Hinweisen). Als mittelschwerer Unfall im Grenzbereich zu den leichten Ereignissen wurde etwa der Sturz einer Frau beurteilt, welche auf einer Aussen-terrasse ausrutschte, kopfüber stürzte und dabei eine HWS/Schulter-Kontusion/Distorsion zuzog und über Schwindelgefühl sowie Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule, Schulter und Kopf klagte (Urteil 8C_798/2007 vom 3. Juli 2008 Erw. 4.1), der Sturz eines Bauarbeiters in einen Lichtschacht (Urteil U 232/02 vom 5. August 2003) oder der Sturz an einem steinigem Flussufer hangabwärts auf den Rücken ohne schwere Verletzungen (Urteil U 173/03 vom 15. November 2004 Erw. 4.2.2). Gleich beurteilt wurde der Sturz

über eine Treppe mit leicht dislozierter Nasenbeinfraktur und schwerer *Commotio cerebri* (nicht veröffentlichtes Urteil K. vom 19. September 1994, U 141/92, zit. *in* Urteil U 300/03 vom 30. November 2004 Erw. 3.3).

Die Adäquanz des Kausalzusammenhangs bei erlittenem Schädel-Hirntrauma und HWS-Kontusion - ohne Dominanz von psychischen Beschwerden - wäre somit dann zu bejahen, wenn eines der in Erw. 5 hievoreingangs erwähnten Adäquanzkriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt wäre, oder wenn mehrere dieser Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise erfüllt wären (vgl. BGE 134 V 109 Erw. 10.1 mit Hinweisen).

aa) In den medizinischen Akten finden sich keine Hinweise darauf, dass der Unfall besonders eindrücklich gewesen wäre oder sich unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignet hätte. Selbst unter der Annahme, der Beschwerdeführer habe sich, da er initial nach der Wiedererlangung des Bewusstseins die rechte Körperseite/Extremitäten nicht bewegen können, auch eine *contusio spinalis* mit Symptomen einer *Hemiplegia fugax* rechts (Gutachten S. 27; Dr. med. R., Arzteugnis UVG vom 17. August 2006) zugezogen, und sich der Unfall so zugetragen hat, wie gegenüber der Z.-Versicherungen im Schreiben vom 13. April 2007 geltend gemacht wurde, ist nicht von einer besonderen Eindrücklichkeite oder von besonders dramatischen Begleitumständen auszugehen. Rechtsprechungsgemäss ist aufgrund der aktenkundigen retrograden Amnesie (Erinnerungslücke) und mithin dem Umstand, dass der Beschwerdeführer keine eigentliche Erinnerung an das Unfallgeschehen hat (vgl. insbesondere Gutachten S. 9 unten f.) und nach dem Sturz kurzzeitig bewusstlos war, zu beachten, dass dem Kriterium nicht die gleiche Bedeutung beigemessen werden kann, wie wenn eine ungetrübte Erinnerung an den Unfall bestehen würde (vgl. Urteil 8C_624/2010 vom 3. Dezember 2010 Erw. 4.2.1 mit Hinweis).

bb) Insoweit der Beschwerdeführer geltend macht, er hätte ein sogenanntes Polytrauma erlitten, weshalb das Kriterium der Schwere oder der besonderen Art der erlittenen Verletzungen erfüllt sei, kann ihm nicht gefolgt werden. Definitionsgemäss bezeichnet man in der Medizin als Polytrauma mehrere gleichzeitig geschehene Verletzungen verschiedener Körperregionen, wobei mindestens eine Verletzung oder die Kombination mehrerer Verletzungen lebensbedrohlich ist (vgl. etwa Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 2007 S. 1536). Selbst wenn die erstbehandelnde Ärztin, welche den Beschwerdeführer vier Tage nach dem Unfall untersucht hat, als einzige den Begriff Polytrauma verwendet, bezeichnet sie keine der festgestellten Verletzungen als lebensgefährlich. Aufgrund der aktenkundigen Verletzungen ohne Frakturen und ohne schwere Organverletzungen kann mithin von einem Polytrauma vorliegend nicht die Rede sein (vgl. auch Gutachten). Zudem begab sich der Beschwerdeführer nach dem Sturz nach Hause und liess sich entsprechend auch nicht hospitalisieren respektive ärztlich überwachen.

Selbst wenn mit dem Beschwerdeführer von einer erlittenen HWS-Distorsion auszugehen wäre, gilt daran zu erinnern, dass das Bundesgericht im Urteil BGE 134 V 109 Erw. 10.2.2 seine Rechtsprechung bestätigt hat, wonach die Diagnose einer HWS-Distorsion für sich allein zur Bejahung des Kriteriums der Schwere und besonderen Art der erlittenen Verletzung nicht genügt. Es bedarf hiezu einer besonderen Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können (SVR 2007 UV Nr. 26 S. 86 [U 339/06] Erw. 5.3; RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236 [U 380/04] Erw. 5.2.3 mit Hinweisen). Solche sind vorliegend nicht ersichtlich, womit das Kriterium nicht erfüllt ist.

cc) Bei von Anfang an erfolgter konservativer Therapie mit Medikamenten und rund zweimal wöchentlicher Physiotherapie, für deren Fortsetzung gemäss Einschätzung der behandelnden Ärztin im November 2007 keine Indikation mehr bestand (vgl. Bericht vom 6. November 2007), kann vorliegend nicht von einer fortgesetzt spezifischen, die versicherte Person belastenden ärztlichen Behandlung bis zum Fallabschluss gesprochen werden (vgl. BGE 134 V 108 Erw. 10.2.3). Im Weiteren vermag auch die darüber hinaus durchgeführte und nicht belastende Therapie mit zwei Schmerzmedikamenten (Olfen und Panadol, vgl. Dr. med. R., Bericht vom 21. Januar 2008) sowie die Physiotherapie zwecks Schindeltraining (vgl. Dr. med. N., Bericht vom 12. Juni 2006) dieses Kriterium offensichtlich nicht zu erfüllen.

dd) Dass der Beschwerdeführer an Nacken- und Kopfschmerzen, Schwindelsensationen und Wortfindungsstörungen für medizinisches Spezialvokabular leidet, ist aufgrund der Aktenlage glaubhaft. Auch wenn unter Mitberücksichtigung allfällig psychisch begründeter Aspekte das Kriterium der erheblichen, ohne wesentlichen Unterbruch bestehender glaubhafter Beschwerden auch noch zum Zeitpunkt des Fallabschlusses bejaht werden könnte, liegen keine Anhaltspunkte vor, die auf eine Erfüllung in ausgeprägter Weise hindeuten. Einerseits werden die Wortfindungsstörungen objektiv als leicht beurteilt, andererseits ist zu berücksichtigen, dass die Nacken- und Kopfschmerzen, wie dargestellt, zum Zeitpunkt des Fallabschlusses mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als Ausdruck der degenerativen HWS-Veränderungen zu verstehen sind und es sich dabei mithin im Wesentlichen nicht mehr um Beschwerden handelt, die weiterhin dem Unfall zugeordnet werden können. Auch bezüglich der Schwindelbeschwerden, welche durch zusätzliche spezialärztliche Abklärung nicht objektiviert werden konnten (vgl. Dr. med. N., Bericht vom 12. Juni 2006) ist nicht ersichtlich, inwiefern sie den Beschwerdeführer im Alltagsleben erheblich beeinträchtigen, ist doch insbesondere das Autofahren nach wie vor möglich (vgl. Beschwerde S. 20, Gutachten S. 28).

ee) In den Akten finden sich sodann keine Hinweise auf eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erhebliche verschlimmert hätten.

ff) Zu Recht macht der Beschwerdeführer auch nicht geltend, der Heilungsverlauf sei als besonders schwierig zu bezeichnen, traten doch vorliegend keine Komplikationen auf. Aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und aufgrund der geklagten Beschwerden kann nicht schon auf einen schwierigen Heilungsverlauf geschlossen werden (vgl. Urteil U 79/05 vom 10. Februar 2006, E. 4.2). Zur Bejahung dieses Kriteriums braucht es besonderer Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt haben (vgl. Urteil U 608/06 vom 25. Oktober 2007, E. 5.4.6). Solche Gründe liegen hier nicht vor.

gg) Was schliesslich das durch BGE 134 V 109 Erw. 10.2.7 präzierte Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen betrifft, gilt festzustellen, dass selbst wenn dies zu bejahen wäre, es jedenfalls nicht in ausgeprägter Weise gegeben ist. Vielmehr konnte die Arbeitsfähigkeit dank der Anstrengungen des Beschwerdeführers im November 2006 aktenkundig auf 50% und im März 2007, d.h. innerhalb weniger als einem Jahr nach dem Unfall, auf 80% gesteigert werden (vgl. Unfallschein UVG, Beschwerdebeilage 4). Gemäss den ZVMB-Gutachtern besteht in der Tätigkeit als Geschäftsführer keine Arbeitsunfähigkeit mehr. Der Beschwerdeführer bestreitet denn auch nicht eigentlich, dass er wieder "geschäftlich hochaktiv" ist, mit seinem Wagen zu Geschäftsbesprechungen in der ganzen Schweiz fährt, Besprechungen durchführt, Verträge abschliesst, dabei alleinverantwortlich für seinen Betrieb ist und daneben auch noch Ressourcen für seine junge Familie hat (vgl. Gutachten S. 28). Er ist, wie er selber ausführt, nach wie vor in verschiedenen Unternehmen in leitender Position und als

Inhaber tätig (vgl. Gegenbemerkungen S. 10). Auch wenn er vorbringt, er müsse oftmals zwei Stunden frei nehmen, sich relaxen, so kann daraus aufgrund des Ausgeführten nicht auf eine erheblich eingeschränkte Arbeitsfähigkeit geschlossen werden.

b) Da mithin zusammenfassend keines der massgeblichen Kriterien besonders ausgeprägt vorliegt und selbst dann, wenn man zugunsten der Versicherten das Kriterium der erheblichen Beschwerden und jenes der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen als in einfacher Weise erfüllt erachten würde, die Kriterien nicht in gehäufte oder auffallender Weise gegeben sind, hat die Vorinstanz die Adäquanz eines allfälligen Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfallereignis vom 10. August 2006 und den über die polydisziplinäre Begutachtung hinaus anhaltend geklagten Beschwerden im Ergebnis zu Recht verneint. Die Beschwerde ist damit in der Hauptsache insofern abzuweisen, als über die Begutachtung hinaus kein Leistungsanspruch gegenüber der Beschwerdegegnerin mehr besteht.

7. Die ZVMB-Gutachter erklärten eine Arbeitsunfähigkeit von 20% bis zur Begutachtung ("*bis heute*", vgl. Gutachten S. 30) mit einem protrahierten Verlauf eines postkotionellen Syndroms für vereinbar. Demgegenüber hielten sie fest, dass "*ab dem Datum unserer Untersuchungen*" wieder eine volle Leistungsfähigkeit bestehe (Gutachten S. 30). Da die medizinische Begutachtung eine chirurgisch-traumatologische, neurologisch-psychiatrische und neuropsychologische Abklärung erforderte und die Gutachter festhalten, dass eine gemeinsame Falldiskussion geführt und das Ergebnis in fachübergreifender Beurteilung erarbeitet wurde, ist davon auszugehen, dass diese gemeinsame Beurteilung erst stattfand, als alle Untersuchungsbefunde vorlagen. Da die letzte der als notwendig veranlassten Untersuchungen am 3. Juni 2008 durchgeführt wurde (vgl. Gutachten S. 14), konnte die gemeinsame Fallbesprechung folglich kaum vor dem 3. Juni 2008 definitiv abgeschlossen worden sein. Folglich ist, wie der Beschwerdeführer zu Recht geltend macht, die Angabe der Gutachter, "*ab dem Datum unserer Untersuchungen*" bestehe wieder eine volle Leistungsfähigkeit so zu verstehen, dass mit dem Zeitpunkt des Wegfalls der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit nicht der 13. Mai 2008 (Datum der ersten Untersuchung) gemeint sein kann, sondern der 4. Juni 2008. Ab diesem Zeitpunkt ist die Kausalität somit vorliegend weggefallen.

Infolgedessen hat der Beschwerdeführer über die Leistungszusprache im Einspracheentscheid hinaus noch Anspruch auf Taggeldleistungen für eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit für die Zeit vom 13. Mai bis und mit 3. Juni 2008. In diesem Punkt ist der Antrag auf Ausrichtung weiterer Taggeldleistungen daher teilweise gutzuheissen.

8. Weiter stellt sich die Frage nach der Entschädigung für den Arbeitsausfall während der Zeit der Begutachtung und die damit verbundenen Spesen.

a) Gemäss Art. 45 Abs. 1 Satz 1 ATSG übernimmt der Versicherungsträger die Kosten der Abklärung, soweit er sie angeordnet hat. Der Versicherungsträger entschädigt die Partei und die Auskunftspersonen für Erwerbsausfall und Spesen (Abs. 2).

aa) Voraussetzung für die Entschädigung ist ein Einkommensausfall. Es ist davon auszugehen, dass der Einkommensausfall tatsächlich eingetreten sein muss. Weiter ist ein Kausalzusammenhang zwischen den Abklärungsmassnahmen und dem Einkommensausfall vorausgesetzt, weshalb dieser entfällt, soweit während dieser Zeit eine Arbeitsunfähigkeit besteht. Kurzfristige Abwesenheiten von weniger als einem halben Tag fallen ausser Betracht, da bei dieser Ausgangslage in aller Regel keine Einkommensausfälle resultieren und davon ausgegangen werden kann, dass es zu den Schadenminderungs-

pfllichten gehört, bei einer solchen Ausgangslage Arbeitsausfälle zu kompensieren. Zudem besteht jedenfalls für Unselbständigerwerbende häufig eine Abdeckung über eine Taggeldversicherung bzw. kein Erwerbsausfall, sodass ein Erwerbsausfall nicht eintritt. Für die Festsetzung des Einkommensausfalls werden in der Regel die im jeweiligen Zweig der Sozialversicherung geltenden Taggeldregelungen (mit ihren betraglichen Begrenzungen) heranzuziehen sein (vgl. U. KIESER, ATSG-Kommentar, 2009 Rz. 16 ff. zu Art. 45).

bb) Weiter können durch Abklärungsmassnahmen der betreffenden Person Auslagen entstehen, etwa Fahrspesen, Verpflegungskosten oder Unterkunftskosten. Eine Entschädigung setzt jedenfalls eine entsprechende Auslage bzw. Kosten voraus, was durch die betreffende Person zu belegen ist (vgl. U. KIESER, ATSG-Kommentar, 2009 Rz. 20 f. zu Art. 45).

b) Die Beschwerdegegnerin erachtet den Beschwerdeführer zunächst, unter Berücksichtigung des zusätzlichen Anfahrtswegs nach B., für den Einkommensausfall infolge der verschiedenen medizinischen Untersuchungen mit zwei vollen Taggeldern, mithin mit insgesamt 552.30 Franken als entschädigt. Angesichts der rechtlichen Erwägungen und dem Wortlaut des Dispositivs im Einspracheentscheid ist davon auszugehen, dass diese Entschädigung einzig den Einkommensausfall, nicht aber die Spesen umfasst. Demgegenüber verlangt der Beschwerdeführer für den im Zusammenhang mit der Begutachtung stehenden Zeitaufwand von mindestens 35 Stunden eine Taggeldentschädigung von 4.5 Tagen, überdies erstmals in der Beschwerde zusätzlich für Fahrtkosten, Parking- und Telefonkosten usw., eine pauschale Spesenvergütung von 500 Franken - ohne dies zu belegen. In den Bemerkungen erklärt sich die Vorinstanz bereit, dem Beschwerdeführer für den Erwerbsausfall infolge der Abklärungsmassnahmen, mithin für dessen zeitlichen Aufwand mit einer Entschädigung von maximal 3.5 Taggeldern entgegenzukommen. Zur beschwerdeweise geltend gemachten Spesenforderung nimmt sie nicht Stellung.

aa) Eine Entschädigung von 3.5 Taggeldern für den Einkommensausfall erweist sich aus nachfolgenden Gründen als angemessen. In der Tat sind sich die Parteien darüber einig, dass die Untersuchungen am 3. Juni 2008 einen ganzen Tag, die MRI Abklärungen am 26. Mai bzw. 27. Mai 2008 weniger als einen halben bzw. einen halben Tag und die Abklärungen am 22. Mai 2008 einen ganzen Tag beansprucht haben, was insgesamt höchstens 3 Tage ergibt. Die Untersuchungen am 13. Mai 2008 dauerten gemäss den Angaben im Gutachten drei Mal 90 Minuten, mithin viereinhalb Stunden, gemäss Beschwerdeführer bloss dreieinhalb Stunden (Beschwerde S. 20). Selbst wenn die Untersuchungen am 13. Mai 2008, wie der Beschwerdeführer vorbringt, durch eine Mittagspause unterbrochen waren (er fordert für diesen Tag inklusive Mittagspause von 90 Minuten und einer Fahrtzeit von 60 Minuten eine Entschädigung für 6 Stunden), ist somit nicht ersichtlich, inwiefern ein dafür entschädigter Zeitaufwand von einem halben Tag und mithin für sämtliche Untersuchungen im Rahmen der durchgeführten polydisziplinären Begutachtung eine Entschädigung von 3.5 Tagen nicht angemessen wäre, dies umso mehr, als die halbtägige Entschädigungen für die MRI Untersuchungen am 26. Mai 2008 (10 Uhr) grosszügig bemessen ist und, wie dargestellt, davon ausgegangen werden darf, dass kurzfristige Abwesenheiten von weniger als einem halben Tag durch die Schadenminderungspflicht aufzufangen sind. Zudem ist aufgrund der vorliegenden Akten fraglich, ob der Beschwerdeführer, welcher als Mitglied der Geschäftsleitung von der Z. AG einen Lohn bezieht (er geht für das Jahr 2008 von einem entsprechenden Gehalt von mehr als 226'000 Franken aus, vgl. Beschwerde S. 22; vgl. auch IK-Auszug, act. 118 f.) und mithin als unselbständig Erwerbender zu betrachten ist, überhaupt Anspruch auf Entschädigung des durch die Begutachtungen erfolgten Einkommensausfalls hätte. Dies kann jedoch vorliegend dahingestellt bleiben, insofern

die Beschwerdegegnerin bereit ist, aus der obligatorischen Unfallversicherung ein Taggeld für 3.5 Tage zu entrichten. Der Taggeldansatz von 276.15 Franken pro Tag aus obligatorischer Unfallversicherung ist unbestritten. Auf Taggeldforderungen gemäss UVG-Zusatzversicherung nach VVG ist, wie eingangs erwähnt, nicht einzutreten. Da die Abklärungen, wie dargestellt, an 5 verschiedenen Tagen stattgefunden haben und der Beschwerdeführer für diese Tage bereits für eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit je eine Taggeldentschädigung von 20% erhält (vgl. Erw. 7 hievov), reduziert sich die effektive Erwerbsausfallsentschädigung um ein volles Taggeld auf 690.40 Franken (3.5 x 276.15 - 276.15 Franken).

bb) Zur im Beschwerdeverfahren erstmals gemachten Spesenforderung hat die Vorinstanz nicht Stellung genommen. Zudem belegt der Beschwerdeführer seine Spesenforderung auch nicht näher. Überhaupt hat die Vorinstanz betreffend Spesenentschädigung keinen Entscheid gefällt, weshalb diesbezüglich eigentlich kein Anfechtungsobjekt besteht. Allerdings darf das verwaltungsgerichtliche Verfahren aus prozessökonomischen Gründen auf eine ausserhalb des Anfechtungsgegenstandes liegende spruchreife Frage ausgedehnt werden, wenn diese mit dem bisherigen Streitgegenstand derart eng zusammenhängt, dass von einer Tatbestandsgemeinschaft gesprochen werden kann (Urteil I.37/05 vom 23. September 2005, Erw. 1.2; BGE 125 V 413 Erw. 1.a mit Hinweisen). Es bleibt Sache des Richters, im jeweiligen Einzelfall unter Berücksichtigung des materiellrechtlichen Kontextes, des massgeblichen Verfügungsinhaltes und der, in Anbetracht der Beschwerde, konkreten Verfahrenslage zu entscheiden, was den zu beurteilenden Streitgegenstand bildet, ferner (unter Umständen), ob die Voraussetzungen für eine Ausdehnung des Prozesses über den Streit-, allenfalls den Anfechtungsgegenstand hinaus erfüllt sind (BGE 125 V 413 Erw. 2a, 122 V 34 Erw. 2a mit Hinweisen; Urteil U 419/05 vom 24. März 2006 Erw. 1; Urteil 8C_900/2008 vom 29. Januar 2009).

Aufgrund des engen Sachzusammenhangs im Sinne von Art. 45 Abs. 2 ATSG zwischen Erwerbsausfall und Spesen bei angeordneten medizinischen Abklärungen, angesichts der vorliegenden Akten und den diesbezüglich nicht bestrittenen Vorbringen des Beschwerdeführers ist vorliegend davon auszugehen, dass er für die medizinischen Abklärungen im Rahmen der Begutachtung insgesamt fünf Mal von A. nach dem rund 30 km entfernten B., mithin rund 300 km fahren und seinen Wagen insgesamt rund 20 Stunden in der Stadt B. parkieren musste. Entsprechend sieht der tagende Gerichtshof es vorliegend auch aus prozessökonomischen Gründen für gerechtfertigt, den Prozess auf die Nebenfrage der Spesenentschädigung auszudehnen und erachtet, ohne dass weitere Abklärungen erforderlich wären, im Zusammenhang mit den vorliegend in Frage stehenden medizinischen Abklärungen eine Spesenentschädigung für Fahrspesen und Parkingkosten ex aequo et bono von insgesamt 250 Franken (Fahrten 210 Franken + Parkgebühren 40 Franken) als ausgewiesen und angemessen.

c) Aus dem Dargestellten folgt, dass in teilweiser Gutheissung des entsprechenden Begehrens der Beschwerdeführer im Zusammenhang mit der Begutachtung Anspruch auf eine Entschädigung für Erwerbsausfall und Spesen von insgesamt 940.40 Franken (690.40 Franken + 250 Franken) hat.

9. a) Weiter verlangt der Beschwerdeführer für das vorinstanzliche Einspracheverfahren, in welchem er zumindest teilweise obsiegt hat (die Vorinstanz sprach ihm in Abänderung der angefochtenen Verfügung bis zum 12. Mai 2008 eine Taggeldleistung und neu auch eine Entschädigung für Erwerbsausfall für die Zeit der Begutachtung von 552.30 Franken zu), eine Parteientschädigung von insgesamt 8'087.45 Franken. Dies lässt er damit begründen, dass vorliegend nicht von einem einfachen Fall gesprochen

werden könne. Zudem sei er bereits aufgrund des Schreibens der Mobiliar vom 19. November 2007, um sich "*schriftlich zur Sache zu äussern und begründete Einwände zu erheben*", d.h. noch vor Erlass der leistungseinstellenden Verfügung vom 23. Januar 2008 auf einen Rechtsanwalt angewiesen gewesen.

Demgegenüber beruft sich die Vorinstanz darauf, dass besondere Umstände, welche die Zusprechung einer Parteientschädigung für das Einspracheverfahren rechtfertigen würden, vorliegend nicht ersichtlich seien. Sie macht insbesondere geltend, dass die Einräumung der Gelegenheit, eine Stellungnahme abgeben zu können, keinen besonderen Umstand darstelle, ansonsten mit der zwingend vorgeschriebenen Gewährung des rechtlichen Gehörs eine Parteientschädigung im Einspracheverfahren nicht, wie im Gesetz vorgesehen, Ausnahmefall bliebe, sondern zum Regelfall würde. Zudem wäre eine Parteientschädigung von 8'087.45 Franken in einem Einspracheverfahren sicher nicht gerechtfertigt.

b) Gemäss Art. 52 Abs. 3 ATSG ist das Einspracheverfahren kostenlos. Parteientschädigungen werden in der Regel nicht ausgerichtet.

aa) Das Bundesgericht erachtete die analoge Regelung in der obligatorischen Unfallversicherung (Art. 130 Abs. 2 Satz 2 UVV gültig bis Ende 2002) wiederholt als gesetzmässig (vgl. BGE 117 V 402; RKUV 2003 Nr. U 490 S. 364). Aufgrund der Entstehungsgeschichte von Art. 52 Abs. 3 ATSG hat es in BGE 130 V 570 erwogen, der Gesetzgeber erachte die ausnahmsweise Zusprechung einer Parteientschädigung im Einspracheverfahren unter einer Bedingung als zulässig und geboten: Der Einsprecher, der nicht über die erforderlichen Mittel verfügt, um die Anwaltskosten selbst zu tragen, und der im Falle des Unterliegens die unentgeltliche Verbeiständung (Art. 37 Abs. 4 ATSG) hätte beanspruchen können, soll bei Obsiegen vom unterliegenden Versicherungsträger entschädigt werden. Dieser Tatbestand der Entschädigung der prozessarmen Partei im Obsiegensfall wird vorliegend nicht geltend gemacht und ist hier unstrittig auch nicht gegeben. Offengelassen hat das Bundesgericht die Frage, ob eine Ausnahmefall im Sinne von Art. 52 Abs. 3 ATSG auch bei Vorliegen besonderer Umstände (etwa besonderer Aufwendungen oder Schwierigkeiten) angenommen werden könnte (BGE 130 V 570 Erw. 2.2 f.).

bb) Aufgrund der gesetzgeberischen Konzeption ist der tagende Gerichtshof der Ansicht, dass für einen solchen Ausnahmefall im Sinne von besonderen Umständen die gleichen Bedingungen erfüllt sein müssten, wie sie für die Gewährung der unentgeltlichen Verbeiständung im Einspracheverfahren vorausgesetzt sind. Eine solche drängt sich rechtsprechungsgemäss nur in Ausnahmefällen auf, in denen ein Rechtsanwalt beigezogen wird, weil schwierige rechtliche oder tatsächliche Fragen dies als notwendig erscheinen lassen und eine Verbeiständung durch Verbandsvertreter, Fürsorger oder andere Fach- und Vertrauensleute sozialer Institutionen nicht in Betracht fällt (BGE 117 V 408 Erw. 5a, 114 V 235 Erw. 5b; AHI 2000 S. 163 Erw. 2a). Könnte der Einsprecher im Falle des Unterliegens die unentgeltliche Verbeiständung beanspruchen, hat er bei Obsiegen Anspruch auf eine Parteientschädigung (BGE 130 V 572 f. Erw. 2.2 mit Hinweisen; bestätigt in BGE 132 V 200 Erw. 4.1). Dabei ist nach ständiger Praxis und nach dem Willen des Gesetzgebers zu beachten, dass die für die Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege im Einsprache- und nichtstreitigen Verwaltungsverfahren unter anderem verlangte sachliche Gebotenheit nach einem besonders strengen Massstab zu prüfen ist (vgl. BGE 132 V 200 Erw. 5.1.3 mit Hinweis; vgl. auch Urteil I 113/07 vom 21. März 2007). Dies rechtfertigt sich dadurch, dass das Verwaltungsverfahren von der *Offizialmaxime* respektive vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht wird (BGE 125 V 32

Erw. 4b; Anwaltsrevue 2005/3 S. 123; Urteil I 911/06 vom 2. Februar 2007 Erw. 4, bestätigt in Urteil 8C_463/2007 vom 28. April 2008 Erw. 8.1.3).

Hinsichtlich der sachlichen Gebotenheit der unentgeltlichen anwaltlichen Verbeiständung im Einspracheverfahren sind die Umstände des Einzelfalls, die Eigenheiten der anwendbaren Verfahrensvorschriften sowie die Besonderheiten des jeweiligen Verfahrens zu berücksichtigen. Dabei fallen neben der Komplexität der Rechtsfragen und der Unübersichtlichkeit des Sachverhalts auch in der Person des Betroffenen liegende Gründe in Betracht, wie etwa seine Fähigkeit, sich im Verfahren zurechtzufinden (SCHWANDER, Anmerkung zu BGE 122 I 8, in AJP 1996 S. 495). Falls ein besonders starker Eingriff in die Rechtsstellung des Bedürftigen droht, ist die Verbeiständung grundsätzlich geboten, andernfalls bloss, wenn zur relativen Schwere des Falls besondere tatsächliche oder rechtliche Schwierigkeiten hinzukommen, denen der Gesuchsteller auf sich alleine gestellt nicht gewachsen ist (BGE 130 I 180 E. 2.2 S. 182 mit Hinweisen), und wenn auch eine Verbeiständung durch Verbandsvertreter, Fürsorger oder andere Fach- und Vertrauensleute sozialer Institutionen nicht in Betracht fällt (Urteil 8C_463/2007 vom 28. April 2008 Erw. 8.1; BGE 125 V 32 Erw. 2 S. 34, 114 V 228 Erw. 5b S. 236; AHI 2000 S. 162 Erw. 2a und b).

cc) Vorliegend hatte der Beschwerdeführer zunächst Gelegenheit, sich zur Frage zu äussern, ob er mit einer Leistungseinstellung per 30. November 2007 einverstanden sei oder nicht. Für den letzteren Fall hat die Mobiliar festgehalten, dass eine Begutachtung durchgeführt werden müsste. Im Weiteren hatte er gegen die leistungseinstellende Verfügung eine Einsprache zu erheben. Schliesslich konnte er sich hinsichtlich der Wahl der Gutachterstelle und zum Gutachten selber äussern.

Die Beantwortung der ersten Frage stellt objektiv betrachtet keine besonderen Schwierigkeiten dar. Der Versicherte wusste, dass auf seine negative Antwort hin eine medizinische Begutachtung durchgeführt würde. Auch wenn die Verwaltung die für die Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts notwendigen Abklärungen nicht in das Einspracheverfahren schieben darf (vgl. BGE 132 V 368 Erw. 5), hat der Versicherer im Schreiben vom 19. November 2007 und in der Verfügung vom 23. Januar 2008 jeweils verständlich und einlässlich begründet, warum sie der Ansicht war, dass keine Leistungspflicht mehr besteht. Entsprechend war eine Stellungnahme respektive später eine Einsprache für den Versicherten ohne besondere Schwierigkeiten möglich. Überdies es für die Annahme einer Einsprache ausreichend ist, wenn der Wille des Versicherten feststeht, die erlassene Verfügung nicht akzeptieren zu wollen und er sich mithin zumindest in "rudimentärer Form" mit der angefochtenen Verfügung auseinandersetzt (vgl. U. KIESER, ATSG-Kommentar, 2009, Rz. 23 zu Art. 52). Als langjähriger Direktor der Z. AG und Verwaltungsratspräsident weiterer Unternehmen (im Bereich Betrieb von Apotheken, Herstellung und Vertrieb von Pharmaprodukten sowie labor- und medizintechnischen Produkten für Ärzte, Zahnärzte, Kliniken und Spitäler, vgl. HR), war der Versicherte im November 2007, aufgrund der gemachten Ausführungen, sowohl gesundheitlich als auch intellektuell dazu jedenfalls in der Lage. Dass das Begutachtungsverfahren besondere Schwierigkeiten geboten hätte, macht er zu Recht nicht geltend. Was die Möglichkeit einer Stellungnahme zum 31-seitigen ZVMB-Gutachten betrifft, ist schliesslich zu beachten, dass der Versicherte aufgrund seines Berufs betreffend medizinischer Fachausdrücke bewandert ist (wie er selber ausführt), aufgrund der Aktenlage jedenfalls über ein gewisses medizinisches Wissen verfügt (er führte aktenkundig nach dem Sturzereignis insbesondere zu Hause alleine eine Kommotio-Überwachung durch) und aufgrund seiner gehobenen beruflichen Stellung auch über ein entsprechendes soziales Netz (er konsultierte nach dem Sturzereignis einen befreundeten Arzt). Zudem war er über die medizi-

nische Abklärungslage im Bild (er hat etwa vom durch die Hausärztin konsiliarisch hinzugezogenen Dr. med. K. dessen Stellungnahmen direkt in Kopie erhalten). Aufgrund all dieser konkreten Umstände kann im vorliegenden Fall in objektiver Betrachtungsweise somit jedenfalls nicht von besonderen tatsächlichen oder rechtlichen Schwierigkeiten ausgegangen werden, welchen der Versicherte, wäre er auf sich alleine gestellt gewesen, im vorinstanzlichen Verfahren nicht gewachsen gewesen wäre.

Der Antrag um Ausrichtung einer Parteientschädigung für die anwaltliche Vertretung im vorinstanzlichen Verfahren ist somit als unbegründet abzuweisen.

10. Ein Anspruch auf Parteientschädigung besteht gemäss Art. 61 lit. g ATSG bei Obsiegen der beschwerdeführenden Partei. Die Parteikosten werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach dem zu beurteilenden Sachverhalt und der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Ein Anspruch auf Entschädigung besteht auch bei bloss teilweisem Obsiegen (vgl. BGE 117 V 407). Massgebend ist, ob die Rechtsstellung der Partei durch den Entscheid "verbessert" wird, wobei auf die im Beschwerdeverfahren festgestellten Anträge Bezug genommen wird (vgl. BGE 132 V 215 Erw. 6.2).

a) In der Hauptsache verlangt der Beschwerdeführer, es sei festzustellen, dass die medizinisch festgestellten Beschwerden weiterhin in natürlichem und adäquatem Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 10. August 2006 stehen und mithin die Ausrichtung der Taggeldleistungen über den 12. Mai 2008 hinaus "bis auf Weiteres".

b) Das erste Hauptbegehren wurde abgewiesen und die Ausrichtung der Taggeldleistungen aus dem einzigen Grund und ausschliesslich bis und mit dem 3. Juni 2008 gutgeheissen, weil erst zu diesem Zeitpunkt alle medizinischen Untersuchungsergebnisse vorlagen. In der Hauptsache hat sich mit der zusätzlichen Ausrichtung von 22 Taggeldern für eine 20%-Arbeitsunfähigkeit die Rechtsstellung des Beschwerdeführers infolgedessen offensichtlich nur unwesentlich verbessert. Dasselbe trifft für die übrigen Anträge zu.

Aufgrund der bloss teilweisen Gutheissung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten war, ist dem Beschwerdeführer entsprechend nach Massgabe des Obsiegens eine Parteientschädigung zuzusprechen. Diese ist gemäss Art. 138 Abs. 2 sowie Art. 146 ff. des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1991 über die Verwaltungsrechtspflege (VRG; SGF 150.1), des Tarifs vom 17. Dezember 1991 über die Verfahrenskosten und Entschädigungen in der Verwaltungsjustiz (SGF 150.12) gemessen am notwendigen Aufwand (doppelter Schriftenwechsel) des Rechtsvertreters, der ihn bereits im vorinstanzlichen Verfahren vertreten hat, aufgrund der Komplexität der Angelegenheit, der am 9. März 2011 eingereichten Kostenliste des Rechtsvertreters - diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass der für das Honorar im vorliegenden Verfahren verlangte Betrag von rund 6'480 Franken erheblich überschreitet, was andere Anwälte für einen vergleichbaren Aufwand in gleichen Prozessangelegenheiten verlangen und vom Bundesgericht gewöhnlich zugesprochen wird - und des teilweisen Obsiegens auf 2'000 Franken festzusetzen, wobei dieser Betrag Honorar und Auslagen des Rechtsvertreters umfasst. Zu dieser Entschädigung kommt der Betrag der Mehrwertsteuer von 152 Franken (7.6% von 2'000 Franken) hinzu. Der Gesamtbetrag von 2'152 Franken geht zulasten der Beschwerdegegnerin.

In Anwendung von Art. 61 lit. a ATSG sind keine Gerichtskosten zu erheben.

D e r H o f e r k e n n t :

I. Die Beschwerde wird, soweit darauf eingetreten wird, insofern teilweise gutgeheissen, als der Taggeldanspruch für eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit über den 12. Mai 2008 hinaus bis und mit dem 3. Juni 2008 besteht und sich der Entschädigungsanspruch für Erwerbsausfall und Spesen im Zusammenhang mit der ZVMB-Begutachtung im Jahre 2008, unter Abzug des diesbezüglich bereits berücksichtigten Taggeldanspruchs infolge der 20%igen Arbeitsunfähigkeit, auf insgesamt 940.40 Franken beläuft.

Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird.

II. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

III. X. wird zulasten der Mobilier für das vorliegende Verfahren eine Parteientschädigung für Honorar und Auslagen des Rechtsvertreters von 2'000 Franken, zuzüglich der Mehrwertsteuer von 152 Franken (7.6 % von 2'000 Franken), insgesamt 2'152 Franken, zugesprochen.

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb einer Frist von 30 Tagen ab Erhalt beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden. Diese Frist kann weder verlängert noch unterbrochen werden. Die Beschwerdeschrift muss in drei Exemplaren abgefasst und unterschrieben werden. Sie müssen die Gründe angeben, weshalb Sie die Änderung dieses Urteils verlangen. Damit das Bundesgericht Ihre Beschwerde behandeln kann, sind die verfügbaren Beweismittel und der angefochtene Entscheid mit dem dazugehörigen Briefumschlag beizulegen. Das Verfahren vor dem Bundesgericht ist grundsätzlich kostenpflichtig.

6.505.2.4; 6.505.2.4.2.2; 6.505.2.4.2.4; 6.505.6; 011.2