



VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE KAMMER

Mitwirkende Richter: lic. iur. Adrian Willimann, Vorsitz
lic. iur. Jacqueline Iten-Staub und lic. iur. Sarah Schneider
Gerichtsschreiberin: lic. iur. Claudia Meier

U R T E I L vom 20. November 2023 *[rechtskräftig]*
gemäss § 29 der Geschäftsordnung

in Sachen

A. _____
Beschwerdeführer
vertreten durch RA lic. iur. B. _____

gegen

SUVA, Schweizerische Unfallversicherungsanstalt, Rechtsabteilung, Fluhmattstrasse 1, Postfach, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin

betreffend

Unfallversicherung
(Leistungen)

S 2022 39

A. Der 1952 geborene A._____ war bei der damaligen C._____ angestellt und somit bei der Suva obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert, als er am 7. Mai 1998 bei einem Unfall eine Distorsion des rechten Knies erlitt. In der Folge wurden verschiedene operative Eingriffe nötig (Meniskektomie, vordere Kreuzbandplastik, Meniskusnaht, Debridement des medialen Condylus und Knie-Arthroskopie) und es entwickelte sich eine posttraumatische Gonarthrose. Aufgrund der gesundheitlichen Folgen dieses Unfalls bezieht der Versicherte neben einer Invalidenrente der Invalidenversicherung eine solche der Unfallversicherung bei einem Invaliditätsgrad von 28 %. Eine Erhöhung der Rente wurde in der Vergangenheit von der Suva wiederholt rechtskräftig abgelehnt. Infolge Fortschreitens der Gonarthrose wurde dem Versicherten zudem eine Integritätsentschädigung von insgesamt 40 % zuerkannt.

Im Januar 2018 meldete der Versicherte bei der Suva eine chronische lymphozytäre Colitis an, die er auf den langjährigen unfallbedingt notwendigen Schmerzmittelgebrauch zurückführt (UV-act. 182 und 188). Nach Beizug der verfügbaren Berichte der behandelnden Ärzte gab die Suva ein gastroenterologisches Gutachten in Auftrag. Gestützt darauf verneinte sie mit Verfügung vom 22. September 2021 ihre Leistungspflicht mangels Unfallkausalität (UV-act. 333) und bestätigte dies mit Einspracheentscheid vom 22. Februar 2022 (UV-act. 341).

B. Dagegen erhob A._____ am 28. März 2022 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren um Verpflichtung der Suva, ihm die gesetzlichen Leistungen im Zusammenhang mit der mikroskopischen/lymphozytären Colitis zu erbringen (act. 1 S. 2). Zur Begründung weist er auf den Kausalzusammenhang zwischen der Colitis und der Einnahme von NSAR (nichtsteroidale Antirheumatika) und PPI (Protonenpumpenhemmer) gegen die unfallbedingten Schmerzen hin und bestreitet die Beweiskraft des Administrativgutachtens.

C. Mit Vernehmlassung vom 16. Mai 2022 schloss die Verwaltung auf Abweisung der Beschwerde (act. 3 S. 2), worüber der Beschwerdeführer am darauffolgenden Tag orientiert wurde (act. 4).

In der Folge gingen beim Verwaltungsgericht keine weiteren Eingaben der Parteien mehr ein.

Das Verwaltungsgericht erwägt:

1. Das Verwaltungsgericht beurteilt als einzige kantonale Instanz Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherung (Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1] in Verbindung mit § 77 Abs. 1 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes [VRG; BGS 162.1] sowie § 4 Abs. 1 lit. b der kantonalen Vollziehungsverordnung zum Bundesgesetz über die Unfallversicherung [BGS 842.5]). Die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts des Kantons Zug ist vorliegend gestützt auf Art. 58 Abs. 1 ATSG – Zuständigkeit am Wohnsitz der versicherten Person oder des Beschwerde führenden Dritten zum Zeitpunkt der Beschwerdeerhebung – gegeben, da der Beschwerdeführer im Kanton Zug lebt. Der angefochtene Einspracheentscheid wurde dem Beschwerdeführer am 24. Februar 2022 zugestellt (BF-act. 1). Die Beschwerde wurde am 28. März 2022 der Post übergeben, womit die 30-tägige Frist gemäss Art. 60 Abs. 1 ATSG unter Berücksichtigung des Fristenlaufes am Wochenende (Art. 38 Abs. 3 ATSG) gewahrt ist. Der Beschwerdeführer ist vom angefochtenen Entscheid direkt betroffen und zur Beschwerde legitimiert. Die Beschwerdeschrift enthält einen verständlichen Antrag und eine Begründung. Damit ist den formellen Anforderungen Genüge getan, weshalb auf die Beschwerde einzutreten ist.

Die Beurteilung erfolgt auf dem Zirkulationsweg gemäss § 29 der Geschäftsordnung des Verwaltungsgerichtes (GO VG; BGS 162.11).

2.

2.1 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Entscheids (in casu 22. Februar 2022) eingetretenen Sachverhalt ab (vgl. auch BGE 121 V 362 E. 1b). Dabei sind in zeitlicher Hinsicht diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Verwirklichung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts in Geltung standen (BGE 130 V 445 E. 1.2.1).

2.2 Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Entsprechend den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des

UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 7. Mai 1998 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden, und in dieser Fassung zitiert werden.

3.

3.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt. Die Unfallversicherung hat auch für Schäden einzustehen, die durch Krankenpflegemassnahmen (Heilbehandlung) im Anschluss an versicherte Unfälle herbeigeführt werden, ohne dass diese behandlungsbedingte Schadensverursachung den Unfallbegriff, den Tatbestand des haftpflichtrechtlichen Kunstfehlers oder der strafrechtlich relevanten Körperschädigung erfüllen müsste (Art. 6 Abs. 3 UVG; vgl. dazu BGE 118 V 286 E. 3b).

3.2 Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person unter anderem Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt allerdings voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. 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 beziehungsweise 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 andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 129 V 177 E. 3.1; 129 V 402 E. 4.3.1; 119 V 335 E. 1; 118 V 286 E. 1b).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im

Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 142 V 435 E. 1; 129 V 177 E. 3.1).

4.

4.1 Aufgrund der zahlreichen ärztlichen Stellungnahmen ist ausgewiesen und unter den Parteien soweit unbestritten, dass beim Beschwerdeführer neben den unfallbedingten Beschwerden am rechten Knie unfallfremde, seit 2001 bestehende, schmerzhafte degenerative arthrotische Veränderungen an der Wirbelsäule bestehen. Weiter leidet er an Beschwerden an der rechten Schulter, an beiden Hüftgelenken und am linken Knie. Sodann leidet der Beschwerdeführer seit Sommer 2017 an einer mikroskopischen Colitis in Form einer lymphozytären Colitis (vgl. u.a. die Angaben im polydisziplinären Gutachten der MEDAS D. _____ vom 14. März 2007 [UV-act. 44, insb. S. 28 f.]; von Dr. med. E. _____, Facharzt für Chirurgie, Wirbelsäulenleiden, Schleudertrauma und orthopädische Traumatologie, im Kostengutsprachege such vom 19. März 2018 [UV-act. 198/4–6]; von Dr. med. F. _____, Facharzt für Gastroenterologie und Innere Medizin, im Bericht vom 8. März 2018 [UV-act. 191]; von Dr. med. G. _____, Facharzt für Gastroenterologie und Innere Medizin, vom 18. Januar 2019 ([UV-act. 235/2])).

4.2 Streitig und zu prüfen ist die Frage, ob die lymphozytäre Colitis auf die unfallbedingt erhöhte Einnahme von NSAR gegen die Schmerzen am rechten Knie in Kombination mit PPI als Magenschutz zurückgeführt werden kann.

4.2.1 Im aktengestützten Administrativgutachten vom 6. Juni 2019 (UV-act. 250) stellte Dr. med. H. _____, Facharzt für Gastroenterologie und Innere Medizin, fest, dass der Beschwerdeführer in den letzten Jahren mit multiplen Medikamenten behandelt worden sei, welche für gastrointestinale Nebenwirkungen in Frage kämen. Aufgrund der Aktenlage könne nicht rekonstruiert werden, ob die Stuhlunregelmässigkeiten bereits vor dem Unfallereignis im Jahre 1998 bestanden hätten. Die Exazerbation der Stuhlunregelmässigkeiten im Jahr 2018 mit einer deutlichen Zunahme der Beschwerden im Sinne einer Diarrhoe habe aufgrund der veranlassten gastroenterologischen Untersuchung die Diagnose einer lymphozytären Colitis stellen lassen. Serologisch sei zu diesem Zeitpunkt kein Hinweis für eine Sprue (Zöliakie) erkannt worden, weshalb eine medikamentöse Nebenwirkung angenommen worden sei (vgl. Schreiben von Dr. G. _____ vom 1. September 2018 [UV-act. 198/3]). Aufgrund der Akten sei nach einer initialen Steroidtherapie lege artis offenbar

ein monatelanges rezidivfreies Intervall eingetreten (vgl. Bericht von Dr. F. _____ vom 8. März 2018 [UV-act. 191]). Anfangs 2019 hätten erneute gastroenterologische Untersuchungen mit Endoskopien zur Gewinnung von Biopsien stattgefunden, welche nun histologisch eine Zöliakie diagnostizieren liessen (vgl. Bericht von Dr. G. _____ vom 18. Januar 2019 [UV-act. 235/2]). Insbesondere in den Duodenalbiopsien finde sich ein klassisches Entzündungsinfiltrat (vgl. Berichte des Kantonsspitals I. _____, Institut für Pathologie, vom 21. Januar 2019 [UV-act. 235/3] und 27. Februar 2019 [UV-act. 235/6–7]). Hierzu werde ausgeführt, dass aufgrund einer negativen Serologie dann aber eine Zöliakie ausgeschlossen werden müsste und allenfalls die Therapie der lymphozytären Colitis unter Verwendung von Budesonid wieder aufgenommen werden könne. Weiter werde vorgeschlagen, dass bei allfälligen Nebenwirkungen andere immunmodulatorische Therapien beginnen sollten (vgl. Bericht von Dr. G. _____ vom 25. Februar 2019 [UV-act. 235/4–5]; zum Ganzen UV-act. 250/10).

Unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden Literatur hielt der Gutachter fest, dass die lymphozytäre Colitis häufig im Zusammenhang mit NSAR, PPI und Statinen auftreten könne. Der Beschwerdeführer zeige in seiner Aktendokumentation Exposition zu sämtlichen drei Substanzklassen. Neben den NSAR kämen als Auslöser einer lymphozytären Colitis somit auch andere Substanzen potenziell in Frage. Dies unter der Voraussetzung, dass eine medikamentöse Ursache der lymphozytären resp. mikroskopischen Colitis angenommen werden dürfe. Mit dem histologischen Nachweis typischer Veränderungen der Duodenalschleimhaut im Februar 2019, welche histologisch klar eine Zöliakie erkennen liessen, müsse diese Differenzialdiagnose aber primär diskutiert werden. Die lymphozytäre Colitis trete als Begleitsymptom häufig bei Zöliakie auf. Dabei sei es nicht untypisch, dass in solchen Konstellationen die Serologie negativ bleibe. Weiter sei es nicht untypisch, dass milde Verlaufsformen der Zöliakie über Jahrzehnte respektive lebenslänglich oligosymptomatisch blieben und bei geringem Leidensdruck den Patienten nicht veranlassten, sich in ärztliche Behandlung zu begeben. Zusammenfassend erscheine es aufgrund der Aktenlage und insbesondere der Biopsien aus dem Duodenum am wahrscheinlichsten, dass eine abortive Form einer Zöliakie vorliege, welche Transglutaminase-IgA-Antikörper negativ sei (UV-act. 250/10–11).

Aufgrund der Histologie aus der Dünndarmschleimhaut und der dort klassischen Präsentation einer milden Form der Zöliakie favorisierte der Gutachter diese Ätiologie. Eine medikamentöse Ätiologie der lymphozytären Colitis erachtete er vor diesem Hintergrund als unwahrscheinlich (UV-act. 250/11).

4.2.2 Der behandelnde Gastroenterologe Dr. G._____ dagegen geht von einer medikamentös-bedingten Colitis aus. Unter Hinweis auf die Literatur und die eigene klinische Erfahrung konstatierte er in seiner Stellungnahme vom 10. März 2020 zum Gutachten (UV-act. 264/4–6), dass meist über längere Zeit eingenommene Schmerzmedikamente (NSAR) eine mikroskopische Colitis auslösen könnten. Neben NSAR könnten aber auch andere Medikamente wie beispielsweise PPI, Cholesterinsenker (Statine), Blutdrucksenker oder Antidepressiva als mögliche Ursachen angenommen werden. Für Statine werde dies eher kontrovers diskutiert. So habe in einer grossen, Fall-kontrollierten Studie mit über 1,4 Millionen Patienten anhand der Koloskopie-Kontrollen meist nur für NSAR und PPI eine stringente Assoziation zur mikroskopischen Colitis aufgezeigt werden können. Bei beiden Medikamenten sei diese Assoziation besonders stark nach längerer Einnahme dieser Medikamente und wenn NSAR und PPI in Kombination eingenommen worden seien. Diese medikamentöse Kombination werde im klinischen Alltag allerdings sehr häufig verschrieben, da NSAR als potenzielle Nebenwirkung Magengeschwüre mit Blutungen verursachen könnten, wovon die gleichzeitige Einnahme der PPI schütze. Somit stünden gemäss Literatur statistisch gesehen NSAR, gefolgt von PPI als mögliche Ursache einer mikroskopischen Colitis klar im Vordergrund. Der Beschwerdeführer habe unfallbedingt die NSAR kumulativ betrachtet im Vergleich zu den anderen Medikamenten viel häufiger und vor allem länger eingenommen, womit die NSAR als Hauptursache zur Entwicklung der mikroskopischen Colitis zu favorisieren seien.

4.2.3 Am 25. November 2020 nahm der Gutachter Dr. H._____ zu Dr. G._____s Kritik Stellung (UV-act. 304). Er führte aus, dass weder für die Assoziation zwischen medikamentöser Exposition und dem Auftreten der lymphozytären Colitis noch für die immunologischen resp. autoimmunologischen Phänomene im Rahmen einer Zöliakie oder z.B. einer rheumatoiden Arthritis ein detailliertes pathophysiologisches Modell bestehe, das über eine Hypothese hinausgehe. Deshalb könne kein direkter Nachweis für den Auslöser einer medikamentösen Nebenwirkung oder eines immunologischen Phänomens erbracht werden. Damit bleibe die Diagnose bezüglich des Auslösers immer hypothetisch. So werde auch in der von Dr. G._____ zitierten Studie festgehalten, dass die Diarrhoe nach Ingestion von Medikamenten die Diagnostik forcieren und dadurch vermehrt Pathologien erkannt würden, wie z.B. diejenige einer mikroskopischen Colitis. Abgestützt auf dem Konsensus der European Microscopic Colitis Group (EMCG) könne festgehalten werden, dass eine erhöhte Inzidenz der lymphozytären Colitis als Nebenwirkung gewisser Medikamentenklassen beobachtet werde. Weiter werde aber explizit festgehalten, dass eine Kausa-

lität aus diesem Phänomen nicht abgeleitet werden könne. Zusammenfassend bestünden somit keine objektivierbaren Befunde, welche die NSAR Exposition als eindeutige oder zumindest als überwiegend wahrscheinliche Ursache der lymphozytären Colitis erkennen liessen. Dies gelte für die anderen im Gutachten diskutierten Ätiologie gleichermassen. Die von Dr. G. _____ formulierte Argumentation basiere auf einem legitimen Auszug der Literatur, genüge aber nicht, um eine belastende Beweiskraft herzuleiten.

5.

5.1 Der Beschwerdeführer scheint die Unfallkausalität der mikroskopischen Colitis (bzw. ihrer Unterform, der lymphozytären Colitis) damit zu begründen, dass die Befunde (u.a. die Duodenalbiopsie) keinen Schluss auf Zöliakie zulassen (act. 1 S. 5 f.).

Es mag zutreffen, dass die Diagnose einer Zöliakie aufgrund der vorliegenden Befunde nicht zweifelsfrei gestellt werden kann. Dies würde die unterschiedlichen Fachmeinungen denn auch erklären. Trotzdem erlaubt die Verneinung einer Zöliakie keineswegs den Schluss, dass die Darmerkrankung auf die (unfallbedingt notwendige) pharmakologische Behandlung mit NSAR in Kombination mit PPI zurückzuführen ist. Sowohl der behandelnde Gastroenterologe Dr. G. _____ als auch der Gutachter Dr. H. _____ nehmen in ihren Stellungnahmen auf die Richtlinien der EMCG Bezug ("European guidelines on microscopic colitis: United European Gastroenterology [UEG] and European Microscopic Colitis Group [EMCG] statements and recommendations). Gemäss diesen Richtlinien (zu finden unter <http://www.emcg-ibd.eu/pdf/Guidelines.pdf>) ist die regelmässige Einnahme von PPI, NSAR und SSRI (selektiven Serotonin-Reuptake-Inhibitoren) mit einem erhöhten Risiko für eine mikroskopische Colitis verbunden, was jedoch keinen Kausalzusammenhang bedeutet. Die medikamenteninduzierte mikroskopische Colitis sei mit retrospektiven Fallkontrollierten Studien untersucht worden, die einen Zusammenhang mit der Anwendung von NSAR, PPI und SSRI gezeigt hätten. Dabei habe sich eine starke Assoziation der PPI-Einnahme mit der mikroskopischen Colitis gezeigt. Allerdings seien unterschiedliche Kriterien für die "Medikamentenexposition" angewandt und unterschiedliche Referenzpopulationen berücksichtigt worden. Darüber hinaus mangle es den Studien an Informationen über die Entwicklung klinischer Symptome nach Medikamenteneinnahme, Absetzen oder erneuter Einnahme, was die Beurteilung der Kausalität erschwere. Weiter wird zur Pathogenese der mikroskopischen Colitis festgehalten, dass Entstehung und Entwicklung der mikroskopischen Colitis komplex und multifaktoriell seien. So kämen luminale Faktoren, eine Immundysregulation sowie eine genetische Veranlagung in Frage. Die an der Entwicklung der mikroskopischen Colitis beteiligten Mechanismen seien wenig bekannt.

Angesichts des aktuellen Stands der medizinischen Forschung lässt sich keine klare Ursache für die mikroskopische Colitis bzw. deren Unterform der lymphozytären Colitis in dem Sinne annehmen, dass diese entzündliche Erkrankung des Dickdarms beim Beschwerdeführer infolge der kombinierten Einnahme von NSAR und PPI, der Einnahme weiterer Medikamente oder gar infolge einer Zöliakie entstanden wäre.

5.2 Lässt sich die im Jahre 2018 diagnostizierte mikroskopische Colitis nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den 1998 erlittenen Unfall zurückführen, kann sie auch nicht zu einer erweiterten Leistungspflicht des Unfallversicherers führen. Demzufolge ist der angefochtene Einspracheentscheid nicht zu beanstanden, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

6. Bei sozialversicherungsrechtlichen Streitigkeiten über Leistungen ist das Verfahren kostenpflichtig, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist (Art. 61 lit. f^{bis} ATSG). Eine solche Kostenpflicht ist im Bereich der Unfallversicherung nicht vorgesehen, so dass das Verfahren für die Parteien kostenlos ist. Eine Parteientschädigung nach Art. 61 lit. g ATSG ist bei diesem Ausgang nicht auszurichten.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der schriftlichen Eröffnung beim Schweizerischen Bundesgericht in Luzern Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden.
5. Mitteilung an den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (im Doppel), an die Beschwerdegegnerin sowie an das Bundesamt für Gesundheit, Bern.

Zug, 20. November 2023

Im Namen der
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER
Der Vorsitzende

Die Gerichtsschreiberin

versandt am