



Fall-Nr.: UV 2012/49
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 06.09.2019
Entscheiddatum: 22.01.2013

Entscheid Versicherungsgericht, 22.01.2013

Art. 6 UVG. Art. 11 UVV. Prüfung der Unfallkausalität von gesundheitlichen Beschwerden aufgrund eines Rückfalls. Die Rückfallmeldung war erfolgt, nachdem eine ursprüngliche Leistungseinstellung in Rechtskraft erwachsen war und diverse Wiedererwägungsgesuche von der Suva abschlägig beantwortet worden waren (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 22. Januar 2013, UV 2012/49).

Präsident Martin Rutishauser, a.o. Versicherungsrichterin Gertrud Condamin-Voney,
Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiber Walter Schmid

Entscheid vom 22. Januar 2013

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführer,

gegen

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358,
6002 Luzern,

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Versicherungsleistungen (Rückfall)



Sachverhalt:

A.

A.a A.____ war bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) obligatorisch gegen Unfälle versichert, als er am 17. August 1990 auf dem Heimweg von der Arbeit ausglitt und ca. 20-30 Meter einen Abhang hinunterrutschte (UV-act. 2, 3). Dabei zog er sich eine Riss-Quetschwunde okzipital sowie Prellungen beider Oberarme und des Sakralbereichs zu (UV-act. 3). Die Suva erbrachte die entsprechenden Leistungen und stellte diese mit Verfügung vom 2. November 1990 aufgrund der Ergebnisse der kreisärztlichen Untersuchung ein (UV-act. 18). Nach Ablauf der Einsprachefrist liess der Versicherte mehrere Gesuche um ein Zurückkommen auf die Verfügung vom 2. November 1990 stellen, welche von der Suva abgelehnt wurden (vgl. UV-act. 26-28, 31, 35, 45, 47, 48). Mit Verfügung vom 15. Februar 1995 trat die Suva nach Rücksprache mit dem Kreisarzt auf ein Gesuch um Wiedererwägung der Verfügung vom 2. November 1990 (Geltendmachung einer Verschlimmerung des gesundheitlichen Zustands) nicht ein (UV-act. 55, 57).

A.b Auf die Verfügung vom 15. Februar 1995 folgte keine Einsprache. Jedoch gingen später weitere Wiedererwägungsgesuche des Versicherten ein, die von der Suva abgelehnt wurden (vgl. UV-act. 58, 60, 61, 63, 66-79). Mit Verfügung vom 4. Januar 2011 trat die Suva auf das erneute Wiedererwägungsgesuch vom 22. Dezember 2010 nicht ein (UV-act. 80, 81). Gegen die Verfügung vom 4. Januar 2011 erhob der Versicherte mit Eingabe vom 15. Januar 2011 Einsprache (UV-act. 82). Darauf trat die Suva mit Einspracheentscheid vom 28. Januar 2011 nicht ein (UV-act. 83). Hiergegen liess der Versicherte Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Glarus erheben (UV-act. 90), welche zuständigkeitshalber dem Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen überwiesen wurde (UV-act. 95). Mit Präsidialentscheid vom 5. August 2011 (UV 2011/24) trat das Versicherungsgericht auf die Beschwerde nicht ein (UV-act. 103). Auf Verwaltungsgerichtsbeschwerde hin (UV-act. 104) trat das Bundesgericht mit Urteil vom 12. Oktober 2011 darauf nicht ein (UV-act. 106).

A.c Nachdem der Versicherte am 23. Februar 2012 einen Rückfall hatte melden lassen (UV-act. 108), verneinte die Suva mit Verfügung vom 19. März 2012 einen Anspruch auf



Versicherungsleistungen, da kein wahrscheinlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 17. August 1990 und den gemeldeten Rückenbeschwerden bestehe (UV-act. 111). Die hiergegen erhobene Einsprache (UV-act. 112) wies sie nach Einholung einer Beurteilung von Suva-Arzt Dr. med. B.___, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie (UV-act. 115), mit Einspracheentscheid vom 4. Mai 2012 ab.

B.

B.a Gegen diesen Einspracheentscheid erhob der Versicherte am 16. Mai 2012 Beschwerde mit den Anträgen, der Entscheid sei aufzuheben, und es sei ihm für die Folgen des Unfalls vom 17. August 1990 eine Rente zuzusprechen. Zur Begründung legte er unter anderem dar, er sei von der Beschwerdegegnerin nicht persönlich begutachtet worden. Die Beurteilung von Dr. B.___ betreffend fehlende Rückfall-Kausalität sei unzutreffend. Aus der von ihm eingereichten ärztlichen Beurteilung vom 13. Februar 2012 (UV-act. 108) gehe klar hervor, dass es um einen unfallbedingten Rückfall gehe. Es sei eine Begutachtung mit persönlicher Untersuchung anzuordnen. Erst nach der Begutachtung durch eine Medas könne zu den Unfallfolgen Stellung genommen werden. Er sei auch mit einer Abklärung durch das Gericht einverstanden. Auch sei eine Begutachtung in Mazedonien möglich (act. G 1). In einer weiteren, mit der Beschwerde im Wesentlichen identischen Eingabe vom 13. Juni 2012 reichte der Beschwerdeführer einen Arztbericht in mazedonischer Sprache mit lateinischer Diagnose vom 11. Juni 2012 nach (act. G 3).

B.b In der Beschwerdeantwort vom 19. Juni 2012 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde und Bestätigung des angefochtenen Entscheids. Zur Begründung verwies sie auf die Darlegungen im angefochtenen Entscheid und führte unter anderem aus, die kreisärztlichen Ausführungen seien schlüssig und nachvollziehbar begründet. Indizien, welche gegen ihre Zuverlässigkeit sprechen würden, lägen nicht vor. Beweismässige Weiterungen würden sich erübrigen. Aus dem radiologischen Bericht vom 13. Februar 2012 könne der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten ableiten, sei doch dort zur Rückenproblematik mit keinem Wort eine Kausalitätsbeurteilung abgegeben worden.

Erwägungen:



1.

Streitig ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht einen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 17. August 1990 und den vom Beschwerdeführer im Januar 2011 (vgl. UV-act. 90) bzw. Februar 2012 (UV-act. 108) als Rückfall gemeldeten Beschwerden verneinte oder nicht. Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Einspracheentscheid (E. 1 und 2) die rechtlichen Voraussetzungen des Vorliegens eines natürlichen und adäquaten Unfallkausalzusammenhangs, die Leistungsvoraussetzungen bei Rückfällen und Spätfolgen sowie die Beweisanforderungen zutreffend dar; darauf ist zu verweisen.

2.

2.1 Der erstbehandelnde Arzt Dr. med. C.____, bestätigte im Bericht vom 13. September 1990 das Vorliegen einer Rissquetschwunde am Kopf sowie eine Prellung beider Oberarme und des Sakralbereichs. Er verneinte einen Anhalt für ossäre Läsionen oder Frakturen (UV-act. 3). Internistische Untersuchungen einschliesslich neurologischer Abklärungen im Kantonalen Spital H.____ vom September 1990 ergaben keine pathologischen Befunde (UV-act. 4, 5, 22/1). Die Neurologin Dr. med. D.____ ging im Bericht vom 18. Oktober 1990 von einem Status nach Comotio cerebri aus, wobei sie neurologische Ausfälle verneinte (UV-act. 10). Dr. med. E.____ bescheinigte am 24. Oktober 1990, dass ihn der Beschwerdeführer wegen persistierenden Beschwerden im HWS- und Kopfbereich aufgesucht habe (UV-act. 12). Der Kreisarzt Dr. med. F.____ berichtete am 25. Oktober 1990, eine eigentliche Amnesie oder Bewusstlosigkeit ergebe sich aus den Akten nicht, weshalb keine sichere Aussage über eine allfällig durchgemachte Comotio cerebri gemacht werden könne. Eine Röntgenkontrolle der HWS habe keine Unfallfolgen gezeigt. Ab 29. Oktober 1990 sei wieder von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen (UV-act. 13). In einem Bericht des Medizinischen Zentrums in G.____ vom 25. November 1991 wurde eine Wirbelsäulenverletzung auf Höhe C7 (Querfraktur) sowie eine Diskontinuität der Halslinie bestätigt. Das Röntgenbild zeige eine thorakale Kyphosis, welche Beschwerden hervorrufe. Ebenfalls grosse Schmerzen würden im Lumbalbereich auftreten mit manifester Lumbago (UV-act. 42). In einer ärztlichen Beurteilung vom 5. März 1992 legte Dr. F.____ dar, aufgrund der Röntgenaufnahmen der HWS würden sich keine posttraumatischen Veränderungen



nachweisen lassen. Ein wesentliches Schädel-Hirntrauma habe der Beschwerdeführer offensichtlich nicht durchgemacht. Leichte Kopfprellungen könnten erfahrungsgemäss über längere Zeit Kopfschmerzen zurücklassen. Die angegebenen Nackenbeschwerden seien in ihrer Ursache nicht geklärt. Eine Verletzung durch das Ereignis vom August 1990 sei nicht nachgewiesen. Die Nackenbeschwerden würden nicht auf einer unfallbedingten Schädigung beruhen (UV-act. 43). Ein Bericht des Medizinischen Zentrums in G.____ bestätigte am 25. August 1993, dass der Beschwerdeführer über ständige Kopfschmerzen, Schmerzen im Hals und Schwindelanfälle klage. Es sei deshalb eine Analgetikatherapie verordnet worden (UV-act. 49). Spätere ärztliche Berichte aus den Jahren 1994 hielten jeweils dieselben Befunde fest (UV-act. 50, 51, 52). Kreisarzt Dr. F.____ bestätigte am 13. Februar 1995 seine bisherige Beurteilung mit dem Hinweis, dass entgegen den ärztlichen Berichten aus Mazedonien keine Frakturen im HWS-Bereich vorliegen würden. Aus den eingereichten Unterlagen ergäben sich keine neuen medizinischen Erkenntnisse (UV-act. 56).

2.2 Eine in G.____ durchgeführte radiologische Abklärung vom 13. Februar 2012 (UV-act. 108/3) ergab gemäss Berichtsübersetzung vom 12. März 2012 einen "Zustand nach Fraktur der Nackenscheiben C4, C5, C6 und C7". Auf den Bandscheiben seien posttraumatische spondylose Veränderungen der Bandscheibenkörperchen festzustellen. Eine spondylose Veränderung zeige sich auch auf der thorakalen und lumbalen Wirbelsäule (Diskopathie lumbalis L4-L5). Eine Computertomographie des Gehirns habe eine ordentliche Darstellung desselben ergeben (UV-act. 109). Suva-Arzt Dr. med. B.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, kam im Bericht vom 23. April 2012 zum Schluss, offenbar gehe es aktuell um Nackenbeschwerden, die auf eine alte Halswirbelsäulenverletzung zurückgeführt würden. Anlässlich der Erstbehandlung habe der Beschwerdeführer keine Probleme im Bereich des Nackens beklagt. Die neurologischen Untersuchungen hätten nie pathologische Befunde gezeigt. Sowohl im Jahr 1990 wie auch 1991 sei die HWS radiologisch abgeklärt und durch verschiedene Ärzte beurteilt worden. Posttraumatische Veränderungen hätten sich nicht nachweisen lassen. Allfällige jetzt nachgewiesene degenerative Veränderungen im Bereich der HWS könnten somit nicht auf das Unfallereignis vom 17. August 1990 zurückgeführt werden. Die Rückfallkausalität sei demzufolge nicht gegeben (UV-act. 115).

3.



3.1

Den nach dem Unfall vom 18. August 1990 erstellten Akten lassen sich keine Beschwerdeangaben bezogen auf die Halswirbelsäule entnehmen (vgl. UV-act. 3-7, 10). Erst Anfang Oktober 1990 gab der Beschwerdeführer gegenüber Dr. E.____ HWS-Beschwerden an (UV-act. 12). In einem Bericht vom 25. November 1991 wurde sodann eine Wirbelsäulenverletzung auf Höhe C7 (Querfraktur) sowie eine Diskontinuität der Halslinie vermerkt (UV-act. 42), und im Bericht vom 13. Februar 2012 bzw. der Übersetzung vom 12. März 2012 sowie in demjenigen vom 11. Juni 2012 ein "Zustand nach Fraktur der Nackenscheiben C4, C5, C6 und C7" bestätigt (UV-act. 109; act. G 3 Beilage). Die erwähnten HWS-Beschwerden und Frakturen - soweit überhaupt vom Vorliegen der letzteren auszugehen ist - können zum vornherein nicht Folge des Ereignisses vom 18. August 1990 sein, zumal der Beschwerdeführer nach dem Unfall umfassend untersucht wurde und Frakturen im Schädel-, Becken- und Wirbelsäulenbereich sowie traumatische Komplikationen verneint wurden (UV-act. 5, 9, 13, 43). Eine Rückfallprüfung kann sich bei diesem Sachverhalt nicht auf allfällige Folgen solcher Frakturen und auf HWS-Beschwerden beziehen. Aber selbst wenn diese umfassend in die Rückfallprüfung einbezogen würden, wäre die Beschwerde - wie nachstehend zu zeigen ist - mangels Unfallkausalität abzuweisen.

3.2

3.2.1 Eine Unfallkausalität von HWS-Beschwerden erscheint schon aufgrund des um gut einen Monat verzögerten Auftretens derselben nicht (überwiegend) wahrscheinlich. Dieselbe Schlussfolgerung ergibt sich auch aus der Würdigung des weiteren Sachverhalts: Nachdem wie dargelegt in einem Bericht vom 25. November 1991 noch eine Wirbelsäulenverletzung auf Höhe C7 (Querfraktur) sowie eine Diskontinuität der Halslinie vermerkt worden war (UV-act. 42), findet sich im Bericht vom 13. Februar 2012 bzw. der Übersetzung vom 12. März 2012 sowie in demjenigen vom 11. Juni 2012 bereits ein "Zustand nach Fraktur der Nackenscheiben C4, C5, C6 und C7" bestätigt, wobei zur Ursache (Kausalität) keine Stellung genommen wurde (UV-act. 109; act. G 3 Beilage). Diese Frakturen wären als Folge des Ereignisses vom 18. August 1990 nicht erklärbar, zumal die nach dem Unfall vorgenommenen Untersuchungen wie erwähnt keinerlei Frakturen zeigten (UV-act. 5, 9, 13, 43). Zu



beachten ist auch, dass der Beschwerdeführer unmittelbar nach dem Unfall, d.h. vom 18. August bis 4. September 1990, offenbar in der Lage war, ins damalige Jugoslawien zu reisen (UV-act. 5), was eine durch jenes Ereignis bedingte Fraktur im Wirbelsäulenbereich als unwahrscheinlich erscheinen lässt.

3.2.2 Angesichts dieses Hergangs und gestützt auf den Bericht von Dr. B.____, welcher mit Verweis auf die echtzeitlichen, nach dem Unfall erstellten medizinischen Akten posttraumatische Veränderungen mit nachvollziehbarer Begründung verneinte, können organisch-strukturelle (orthopädische und neurologische) Folgen des Unfalls vom 17. August 1990 nicht überwiegend wahrscheinlich als belegt gelten. Eine morphologisch fassbare Schädigung des Gehirns ergibt sich weder aus den Akten noch wird eine solche geltend gemacht. Dr. B.____ stand sodann auch der radiologische Bericht vom 13. Februar 2012 (UV-act. 108, 109) zur Verfügung. Dieser fand Eingang in die Suva-ärztliche Beurteilung (vgl. UV-act. 115 S. 2 und 3). Da die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese und Verlauf ergeben und Dr. B.____ aufgrund der vorhandenen Unterlagen sich ein lückenloses Bild verschaffen konnte, kommt seinem Aktenbericht Beweistauglichkeit zu (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 15. Mai 2008, 8C_210/2007, E. 8.4). Weitere medizinische Abklärungen vermöchten am erwähnten Ergebnis überwiegend wahrscheinlich nichts zu ändern. Es besteht im Übrigen auch kein formeller Anspruch auf Einholung eines versicherungsexternen medizinischen Gutachtens (BGE 122 V 157). Wenn der Beschwerdeführer unter Verweis auf den von ihm eingereichten Arztbericht vom 11. Juni 2012 geltend macht, dass er eine Schanz-Kravatte (bzw. Halskragen) tragen müsse (act. G 3), so kann dies nicht mit dem 22 Jahre zurückliegenden Unfall im Zusammenhang stehen, zumal von einem zu langen (mehrmonatigen) Tragen von Halskragen nach Unfällen mit HWS-Beteiligung aus medizinischer Sicht in aller Regel abgeraten wird. Im Übrigen kommen Schanz'sche Kravatten insbesondere auch als Therapie bei degenerativen (d.h. abnutzungs- bzw. krankheitsbedingten) Halswirbelsäulenleiden (Spondylosen, Diskushernien) zum Einsatz (vgl. A.M. Debrunner, Orthopädische Chirurgie, 4. A., 802).

3.3

3.3.1 In den nach dem Unfall erstellten ärztlichen Berichten wurde ein Status nach Comotio cerebri von Seiten des Kantonalen Spitals H.____ sowohl als



Verdachtsdiagnose (UV-act. 4) als auch als eigentliche Diagnose vermerkt (UV-act. 5). Das Vorliegen eines Schädel-Hirntraumas, worunter sämtliche Hirnfunktionsstörungen mit oder ohne morphologisch fassbare Schädigung des Gehirns subsumiert werden, rechtfertigt die analoge Anwendung der Schleudertrauma-Praxis nur, wenn die erlittene Hirnerschütterung mindestens im Grenzbereich zwischen Commotio und Contusio cerebri liegt. Leichte Hirnerschütterungen hingegen reichen hierfür nicht aus (vgl. Urteile des Bundesgerichts [bis 31. Dezember 2006: Eidgenössisches Versicherungsgericht, EVG] vom 6. Mai 2003, U 6/03, und vom 13. Juni 2005, U 276/04, E. 2.2.1). Als Kriterien für das Vorliegen einer leichten traumatischen Hirnverletzung (MTBI) werden das Bestehen eines Bewusstseinsverlusts von maximal 30 Minuten Dauer, eines Glasgow Coma Score (GCS) von nicht unter 13 bei Einlieferung ins Krankenhaus und eines Gedächtnisverlusts von maximal 60 Minuten (sog. posttraumatische Amnesie) bzw. einer Gedächtnisstörung von maximal 30 Minuten genannt. Seltene, aber typische Komplikationen nach MTBI sind z.B. intrakranielle Blutungen; hierbei kann es sich um intrazerebrale Blutungen oder um subdurale oder epidurale Blutungen handeln. Die Kombination von Beschwerden, welche nach einer MTBI auftreten können (Kopfschmerz, Benommenheit, Schwindel, Erbrechen, Koordinationsstörung der Beine, kognitive Beeinträchtigungen, Schlafstörungen), kann als "organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma" (F07.2) bezeichnet werden. Kopfschmerzen werden dabei als posttraumatisch angesehen, wenn sie innerhalb von sieben Tagen nach einer MTBI erstmalig aufgetreten sind. Hierbei entwickeln Patienten nicht selten im Rahmen einer Analgetikatherapie der ursprünglich posttraumatischen Kopfschmerzen zusätzlich einen Kopfschmerz, der auf Analgetika-Übergebrauch zurückzuführen ist (vgl. S. Johannes/R. Schaumann-von Stosch, Grundlegende Aspekte der leichten traumatischen Hirnverletzung, Medizinische Mitteilungen der SUVA Nr. 78 [2007], 74-77).

3.3.2 Im Bericht des erstbehandelnden Arztes nach dem Unfall vom 17. August 1990, (Unfallzeitpunkt 17 Uhr; Erstbehandlung um 18 Uhr) findet sich kein Hinweis auf einen Bewusstseinsverlust bzw. eine Bewusstseinsbeeinträchtigung. Vielmehr vermerkte der Arzt als Befund eine örtlich und zeitlich gute Orientierung des Beschwerdeführers, wobei er auf ein theatralisches und unangemessenes Verhalten hinwies, das sich nach einiger Zeit habe beruhigen lassen (UV-act. 3). Von Seiten des Kantonalen Spitals



H.____ wurde am 21. September 1990 ein Spitaleintritt am 15. September 1990 bestätigt und ein anlässlich der Behandlung aufgetretener hysteriformer Anfall im Bett bei besonders ängstlicher und problembeladener Persönlichkeit sowie ein Verdacht auf Commotio cerebri vermerkt (UV-act. 4). Im späteren Spitalbericht vom 25. September 1990 wurde festgehalten, dass der Beschwerdeführer vom 18. August bis 4. September 1990 krank geschrieben gewesen sei und während dieser Zeit ins damalige Jugoslawien gereist sei. Sodann führten die Ärzte lediglich einen im Nachhinein, d.h. nach dem 14. September 1990 aufgetretenen angeblichen Bewusstseinsverlust auf, in dessen Folge der Beschwerdeführer am 15. September 1990 notfallmässig ins Spital eingewiesen wurde (UV-act. 5). Ein Bewusstseinsverlust als Folge des Unfalls vom 17. August 1990 lässt sich jedoch dem Bericht des erstbehandelnden Arztes wie erwähnt nicht entnehmen. Eine Bewusstlosigkeit als Unfallfolge gab der Beschwerdeführer erstmals Mitte Oktober 1990 gegenüber Dr. D.____ an (UV-act. 10). Eine unfallbedingte Bewusstseinsbeeinträchtigung kann bei dieser Aktenlage nicht als überwiegend wahrscheinlich gelten.

3.3.3 Ein durch das Ereignis vom 18. August 1990 bewirktes leichtes Schädelhirntrauma (MTBI) erscheint damit nicht überwiegend wahrscheinlich und die analoge Anwendung der Schleudertrauma-Rechtsprechung dementsprechend nicht gerechtfertigt. Aber selbst wenn von einer MTBI auszugehen wäre, könnten - bei Annahme eines mittelschweren Unfalls im eigentlichen Sinn - die Adäquanzkriterien nicht in der erforderlichen Häufigkeit als erfüllt gelten (nachfolgende E. 3.2.4). Anhaltspunkte dafür, dass der mittelschwere Unfall im Grenzbereich zu den schweren Ereignissen anzusiedeln wäre (vgl. dazu etwa Urteil des Bundesgerichts vom 15. März 2005, U 214/04, E. 2.2 mit Hinweisen), sind nicht ersichtlich.

3.3.4 Eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls oder dramatische Begleitumstände sind nicht belegt, zumal das objektive Unfallgeschehen und nicht das subjektive Erleben massgebend ist. Bei den erlittenen Verletzungen (Rissquetschwunde am Hinterkopf sowie Prellungen beider Oberarme und des Sakralbereichs) handelt es sich nicht um eine solche, die durch ihre Schwere oder besondere Art charakterisiert sind (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 17. August 2007, 8C_101/2007, E. 5.2 und 5.3, und vom 21. Dezember 2007, U 558/06, E. 4.2.2, sowie Urteil des EVG vom 9. August 2004, U 116/04). Was die Kriterien der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen



Behandlung (vgl. BGE 134 V 109 E. 10.2.3) und der erheblichen Arbeitsunfähigkeit betrifft (BGE 134 V 109 E. 10.2.7), ist festzuhalten, dass belastende ärztliche Behandlungen oder erhebliche Arbeitsunfähigkeiten für die Zeit nach Erlass der Verfügung vom 2. November 1990 (UV-act. 18) nicht aktenkundig sind; solche werden auch nicht behauptet. Auch wenn das weitere Kriterium der ohne wesentlichen Unterbruch bestehenden erhebliche Beschwerden als erfüllt erachtet würde, käme dem Unfall keine adäquanzrechtlich massgebende Bedeutung für die rückfallweise gemeldeten gesundheitlichen Beschwerden zu. Im Übrigen ist festzuhalten, dass die vom Beschwerdeführer geklagten gesundheitlichen Beschwerden bereits Gegenstand der unangefochten in Rechtskraft erwachsenen Verfügung vom 15. Februar 1995 bildeten. Bei fehlendem adäquatem Unfallkausalzusammenhang ist auch der Anspruch auf eine Rente nicht weiter zu prüfen.

4.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung des Einspracheentscheids vom 4. Mai 2012 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.