

Bundesgericht  
Tribunal fédéral  
Tribunale federale  
Tribunal federal

{T 0/2}

8C\_780/2016

Urteil vom 24. März 2017

I. sozialrechtliche Abteilung

Besetzung  
Bundesrichter Maillard, Präsident,  
Bundesrichter Wirthlin, Bundesrichterin Viscione,  
Gerichtsschreiber Hochuli.

Verfahrensbeteiligte  
A. \_\_\_\_\_,  
vertreten durch Rechtsanwalt Prof. Dr. Hardy Landolt,  
Beschwerdeführer,

gegen

Helsana Unfall AG, Recht & Compliance, 8081 Zürich  
Helsana, Beschwerdegegnerin.

Gegenstand  
Unfallversicherung (Wiedererwägung; Revision),

Beschwerde gegen den Entscheid des Verwaltungsgerichts des Kantons Glarus vom 3. November 2016.

Sachverhalt:

A.  
A. \_\_\_\_\_, geboren 1971, war seit dem 1. August 1997 als Bäcker bei der Bäckerei B. \_\_\_\_\_ angestellt und dadurch bei der Helsana Unfall AG (nachfolgend: Helsana oder Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen Unfallfolgen versichert. Am 8. Oktober 2013 erlitt er bei einem Autounfall eine Verletzung der Wirbelsäule. Gleichentags wurde bei ihm am Kantonsspital Glarus eine Versteifung der Halswirbel (HW) 5 und 6 vorgenommen. Die Helsana übernahm die Heilbehandlung und richtete ein Taggeld aus. Am 14. Mai 2014 erfolgte eine zweite Operation, bei welcher die HW 4 und 5 ebenfalls versteift wurden. Gestützt auf die vertrauensärztlichen Berichte des Prof. Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 19. Mai 2014 und 2. Juni 2014 stellte die Helsana sämtliche Leistungen per 1. Juli 2014 ein und verneinte einen Leistungsanspruch für die Operation vom 14. Mai 2014 (Verfügung vom 30. Juni 2014). Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft. Angesichts der anhaltend geklagten Beschwerden ersuchte A. \_\_\_\_\_ die Helsana am 24. Juni 2015 um eine revisionsweise Überprüfung und wiedererwägungsweise Aufhebung der Verfügung vom 30. Juni 2014. Sein vormaliger Rechtsvertreter habe diese Verfügung aus nicht nachvollziehbaren Gründen in formelle Rechtskraft erwachsen lassen. Die Helsana lehnte die Begehren des Versicherten am 3. August 2015 formlos ab. Mit Verfügung vom 6. August 2015, bestätigt durch Einspracheentscheid vom 27. Januar 2016, hielt die Helsana an ihrer Auffassung vom 3. August 2015 fest.

B.  
Die hiegegen erhobene Beschwerde des A. \_\_\_\_\_ wies das Verwaltungsgericht des Kantons Glarus am 3. November 2016 ab.

C.  
Mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beantragt A. \_\_\_\_\_, das Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Glarus vom 3. November 2016 sei aufzuheben und im Sinne der

Erwägungen an die Vorinstanz zurückzuweisen.

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

Erwägungen:

1.

1.1. Die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten kann wegen Rechtsverletzungen gemäss Art. 95 und 96 BGG erhoben werden. Das Bundesgericht wendet das Recht von Amtes wegen an (Art. 106 Abs. 1 BGG). Es ist folglich weder an die in der Beschwerde geltend gemachten Argumente noch an die Erwägungen der Vorinstanz gebunden; es kann eine Beschwerde aus einem anderen als dem angerufenen Grund guthessen und es kann sie mit einer von der Argumentation der Vorinstanz abweichenden Begründung abweisen. Immerhin prüft das Bundesgericht, unter Berücksichtigung der allgemeinen Pflicht zur Begründung der Beschwerde (Art. 42 Abs. 1 und 2 BGG), grundsätzlich nur die geltend gemachten Rügen, sofern die rechtlichen Mängel nicht geradezu offensichtlich sind (BGE 141 V 234 E. 1 S. 236 mit Hinweisen).

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

2.

Der Versicherte rügt, die Vorinstanz habe zu Unrecht einen materiellen Revisionsgrund verneint. Dieser bildete jedoch nicht Gegenstand der Verfügung vom 6. August 2015, weshalb es insoweit an einem beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand fehlt (BGE 134 V 418 E. 5.2.1 S. 426; 131 V 164 E. 2.1; je mit Hinweisen). Insbesondere bestand für die Beschwerdegegnerin aufgrund der konkreten Vorbringen im Gesuch vom 24. Juni 2015 keine Veranlassung, den Fall im Lichte von Art. 17 ATSG bzw. von Art. 11 UVV (Rückfall oder Spätfolgen) zu prüfen.

3.

Angesichts der formell rechtskräftigen Leistungseinstellung vom 30. Juni 2014 ist ein rückwirkender Leistungsanspruch des Versicherten nur zu bejahen, wenn der Rückkommenstitel der Wiedererwägung (Art. 53 Abs. 2 ATSG) respektive der prozessualen Revision (Art. 53 Abs. 1 ATSG) gegeben ist (vgl. BGE 127 V 10 E. 4b S. 13 f.). Da die Helsana auf das Revisions- bzw. Wiedererwägungsgesuch des Beschwerdeführers vom 24. Juni 2015 eintrat, deren Voraussetzungen prüfte und anschliessend einen ablehnenden Sachentscheid fällte, ist dieser einspracheweise und hernach mit Beschwerde anfechtbar (vgl. Urteil 8C\_196/2015 vom 4. August 2015 E. 4.2 mit Hinweisen). Streitig und zu prüfen ist, ob Beschwerdegegnerin und Vorinstanz die Voraussetzungen für eine Wiedererwägung bzw. prozessuale Revision der Verfügung vom 30. Juni 2014 zu Recht verneint haben.

4.

4.1. Nach Art. 53 Abs. 2 ATSG kann der Versicherungsträger auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist. Die erstgenannte Voraussetzung meint, dass kein vernünftiger Zweifel an der (von Beginn weg bestehenden) Unrichtigkeit der Verfügung möglich, also einzig dieser Schluss denkbar ist. Das Erfordernis ist in der Regel erfüllt, wenn eine Leistungszusprache unvertretbar ist, weil sie aufgrund falscher oder unzutreffend verstandener Rechtsregeln erfolgt ist oder weil massgebliche Bestimmungen nicht oder unrichtig angewandt wurden (BGE 138 V 324 E. 3.3 S. 328). Zweifellos unrichtig ist die Verfügung auch, wenn ihr ein unhaltbarer Sachverhalt zugrunde gelegt wurde, insbesondere wenn eine klare Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes zu einem unvollständigen Sachverhalt führte (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG; Urteil 8C\_779/2014 vom 6. Mai 2015 E. 4.3 mit Hinweis). Anders verhält es sich, wenn der Wiedererwägungsgrund im Bereich materieller Anspruchsvoraussetzungen liegt, deren Beurteilung notwendigerweise Ermessenszüge aufweist. Erscheint die Beurteilung einzelner Schritte bei der Feststellung solcher

Anspruchsvoraussetzungen (Invaliditätsbemessung, Arbeitsunfähigkeitsschätzung, Beweiswürdigung, Zumutbarkeitsfragen) vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage, wie sie sich im Zeitpunkt der rechtskräftigen Verfügung über den Leistungsanspruch darboten, als vertretbar, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus (vgl. SVR 2015 BVG Nr. 43 S. 166, 9C\_58/2015

### E. 3.3.1 mit Hinweisen).

4.2. Hinsichtlich der Würdigung der zweifellosen Unrichtigkeit hat das Bundesgericht festgestellt, dass es für das Rückkommen auf eine formell rechtskräftige Verfügung über sozialversicherungsrechtliche Leistungsansprüche nicht genügt, dass der Sozialversicherungsträger oder das Gericht einfach sein Ermessen an die Stelle desjenigen der ursprünglich verfügenden oder beurteilenden Behörde setzt, sofern die damalige Ermessensausübung vertretbar war. Vielmehr muss die neue Ermessensausübung als die klarerweise einzig richtige erscheinen (vgl. Urteil 8C\_618/2014 vom 19. Dezember 2014 E. 2.4 mit Hinweisen).

### 5.

5.1. Die Vorinstanz hat erwogen, die Aussagen von Prof. Dr. med. C. \_\_\_\_\_ würden auf sämtlichen zur Krankengeschichte des Versicherten existierenden medizinischen Berichten sowie auf den verfügbaren CT- und MRI-Untersuchungsergebnissen bis und mit 21. April 2014 basieren. Diese Akten seien unbestritten umfassend und zum damaligen Zeitpunkt geeignet gewesen, Grundlage eines aktuellen Befundes zu bilden. Ausserdem habe Prof. Dr. med. C. \_\_\_\_\_ ausgeführt, dass der Unfall nur das Segment C5/C6 der Halswirbelsäule betroffen habe. Die Schädigung des Segmentes C4/C5 sei hingegen durch Degeneration entstanden. Dies resultiere aus den medizinischen Vorakten. Jedenfalls ziehe der versicherungsinterne Arzt keine zweifellos unplausiblen Schlüsse oder habe wichtige Akten unberücksichtigt gelassen. Als Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH könne er auch nicht als fachlich offensichtlich ungeeignet gelten, die Sachlage zu beurteilen. Grobe, offensichtliche Fehler bei der Abklärung und Beurteilung der Sach- und Rechtslage seien keine ersichtlich. Vielmehr sei die Würdigung der Anspruchsvoraussetzungen durch die Beschwerdegegnerin im Verfügungszeitpunkt, konkret das Abstützen auf Berichte von Prof.

Dr. med. C. \_\_\_\_\_, als vertretbar zu beurteilen.

5.2. Der Beschwerdeführer rügt eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes sowie eine unvollständige Feststellung rechtserheblicher Tatsachen. Weiter macht er geltend, die Voraussetzungen für die Beweiskraft eines versicherungsinternen Gutachtens seien nicht gegeben, da der Versicherte weder vom Gutachter persönlich untersucht worden sei, noch eine telefonische Unterredung mit ihm gehabt habe. Ausserdem habe das kantonale Gericht die Invalidenversicherung verpflichtet, eine polydisziplinäre Begutachtung einzuholen. Aufgrund dieses Entscheides vom 28. Januar 2016, hätte die Vorinstanz ebenfalls eine zweifellose Unrichtigkeit der Verfügung vom 30. Juni 2014 annehmen müssen.

### 6.

6.1. Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen. Nach BGE 125 V 351 E. 3 S. 352 ff. ist bei der Beweiswürdigung mit Blick auf den Beweiswert eines Arztberichtes entscheidend, ob dieser 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 einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232 mit Hinweis; Urteil 8C\_37/2015 vom 7. Dezember 2015 E. 5.1). Reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil 8C\_674/2015 vom 2. Februar 2016 E. 2.2.1 mit Hinweisen).

6.2. Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen kommt praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu, wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten (Urteil 8C\_37/2015 vom 7. Dezember 2015 E. 5.1). Der orthopädische Chirurg Prof. Dr. med. C. \_\_\_\_\_ verfasste die beiden Aktenbeurteilungen als beratender Arzt der Beschwerdegegnerin. Als solcher ist er, was den Beweiswert seiner ärztlichen Beurteilung angeht, einem versicherungsinternen Arzt gleichzusetzen (Urteil 8C\_715/2016 vom 6. März 2017 E. 5.2 mit Hinweisen). Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt jedoch nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3 b/ee S. 354).

7.

Im Folgenden ist einzig zu prüfen, ob die per 1. Juli 2014 erfolgte Leistungseinstellung aufgrund einer Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes respektive aufgrund einer unzulässigen Aktenbeurteilung zweifellos unrichtig gewesen ist. Grundlage der Verfügung bildeten insbesondere die Stellungnahmen des versicherungsinternen Arztes Prof. Dr. med. C. \_\_\_\_\_ sowie die anderen zum damaligen Zeitpunkt vorhandenen medizinischen Akten.

7.1. Entgegen dem Beschwerdeführer hat das Bundesgericht wiederholt auf zweifellose Unrichtigkeit geschlossen, wenn eine klare Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes zu einem unvollständigen Sachverhalt führte (vgl. E. 4.1 hievor mit Hinweisen).

7.2. Der versicherungsinterne Arzt Prof. Dr. med. C. \_\_\_\_\_ führte in seinen beiden Stellungnahmen aus, versicherungsmedizinisch müssten zwei, wenn nicht sogar drei Niveaus der Halswirbelsäule getrennt beurteilt werden. Dabei handle es sich einerseits um die durch eine Bandscheibe verbundenen Halswirbel Nr. 5 und 6 (C5/C6) sowie andererseits um die durch eine Bandscheibe verbundenen Halswirbel Nr. 4 und 5 (C4/C5) und um den obersten Abschnitt der Halswirbelsäule. In Bezug auf das Segment C5/C6 sei aufgrund des Unfalls vom 8. Oktober 2013 von einer Verschlimmerung des Vorzustandes auszugehen. Die daraufhin erfolgte Versteifungsoperation am Unfalltag stehe somit in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis. Auf der Höhe C4/C5 bestehe dagegen ein erheblicher degenerativer Vorzustand, der sehr gut dokumentiert sei. Bereits anhand einer MRI-Untersuchung neun Jahre vor dem Unfall sei die Bandscheibe zwischen den Wirbeln C4 und C5 als hochgradig pathologisch zu beurteilen gewesen. Die Schädigung sei folglich durch Degeneration entstanden, weshalb die notwendig gewordene Operation vom 14. Mai 2014 als nicht unfallkausal zu betrachten sei. Bezüglich der traumatischen Veränderung der Halswirbelsäule auf Niveau C5/C6 sei

nach der Operation inzwischen ein guter stabiler Gesundheitszustand eingetreten, welcher jedoch durch andere pathologische Veränderungen an der Halswirbelsäule ungünstig beeinflusst worden sei. Die aktuell vorgeschlagenen therapeutischen Massnahmen würden nicht mehr die Unfallfolgen betreffen, sondern richteten sich gegen den erheblichen krankhaften Vorzustand an der Halswirbelsäule.

7.3. Unbestritten ist, dass beim Versicherten bereits vor dem Unfall ein erheblicher degenerativer Vorzustand bestand. Wie bereits erwähnt, handelt es sich bei der Würdigung der medizinischen Akten um materielle Anspruchsvoraussetzungen, deren Beurteilung notwendigerweise Ermessenszüge aufweist (E. 4 hievor). Gemäss angefochtenem Entscheid sind die Ausführungen des Prof. Dr. med. C. \_\_\_\_\_ aus versicherungsmedizinischer Sicht nachvollziehbar und für die Beurteilung der Anspruchsvoraussetzungen vertretbar. Es werden keine zweifellos unplausiblen Schlüsse gezogen oder relevante Akten ausser Betracht gelassen. Eine klare Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes (E. 4.1 hievor) ist nicht erkennbar. Eine zweifellose Unrichtigkeit der damaligen Beurteilung ist daher zu verneinen.

7.4. Daran vermag auch die gegenteilige ärztliche Beurteilung des behandelnden Neurochirurgen Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 25. Februar 2014 nichts zu ändern, wonach der Unfall eine richtunggebende Verschlimmerung der unfallfremden Faktoren zur Folge gehabt habe. Er begründete seine Ansicht lediglich damit, dass die direkt aufgrund des Unfalls erfolgte notfallmässige Operation vom 8. Oktober 2013 erfolgreich verlaufen sei und der Beschwerdeführer dennoch weiterhin an Nackenbeschwerden leide. Damit einhergehend sei ebenfalls zu beachten, dass der Versicherte vor dem Autounfall voll arbeitsfähig gewesen sei, was heute nicht mehr zutrefte. Diese Argumente des behandelnden Arztes beruhen jedoch im Wesentlichen auf der unzulässigen Beweisregel "post hoc ergo propter hoc" und haben somit keinerlei Beweiskraft (SVR 2016 UV Nr. 18 S. 55, 8C\_331/2015 E. 2.2.3.1 mit Hinweisen).

7.5. Des Weiteren macht der Beschwerdeführer selber geltend, bei der massiven Zunahme der Schmerzen bzw. der Nacken- und Schulterbeschwerden handle es sich um eine nachträglich - das heisst nach Erlass der Verfügung vom 30. Juni 2014 - eingetretene Verschlimmerung des Gesundheitszustandes. Diese Behauptung steht im Widerspruch zur Voraussetzung der Wiedererwägung, wonach eine zweifellose Unrichtigkeit nur dann anzunehmen ist, wenn kein vernünftiger Zweifel an der - von Beginn weg bestehenden Unrichtigkeit - der Verfügung möglich ist (E. 4 hievor).

7.6. Ein für ihn günstigeres Ergebnis vermag der Beschwerdeführer auch nicht aus der Behauptung abzuleiten, die Vorinstanz hätte von einer zweifellosen Unrichtigkeit ausgehen müssen, weil das

Verwaltungsgericht im IV-Verfahren die Einholung eines polydisziplinären Gutachtens verlangt habe. Denn die Invaliditätsschätzung der Invalidenversicherung entfaltet gegenüber dem Unfallversicherer rechtsprechungsgemäss keine Bindungswirkung (BGE 133 V 549 E. 6.2 S. 554; 131 V 362 E. 2.2 S. 366 f.; Urteil 8C\_665/2016 vom 24. November 2016 E. 5.2).

7.7. Nach dem Gesagten ist festzuhalten, dass die Aktenbeurteilung des Prof. Dr. med. C. \_\_\_\_\_ lückenlos, nachvollziehbar und schlüssig ist sowie auf einer umfassenden Würdigung der medizinischen Aktenlage beruht. Die Voraussetzungen an einen versicherungsinternen Aktenbericht sind folglich erfüllt. Wenn die Helsana zum damaligen Zeitpunkt nach der vertrauensärztlichen Beurteilung auf weitere Abklärungen verzichtete, kann dies nicht nachträglich als klare Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes gewertet werden. Nach damaliger Sach- und Rechtslage war der Gesundheitszustand des Versicherten gestützt auf die versicherungsinternen Feststellungen zuverlässig beurteilbar (vgl. Urteil 8C\_425/2016 vom 16. Dezember 2016 E. 4.2 i.f.). Die Vorinstanz hat demnach zutreffend eine zweifellose Unrichtigkeit des per 30. Juni 2014 verfügten folgenlosen Fallabschlusses als Voraussetzung der Wiedererwägung verneint.

8.

8.1. Von der Wiedererwägung ist die so genannte prozessuale Revision von Verwaltungsverfügungen und Einspracheentscheiden zu unterscheiden. Gemäss Art. 53 Abs. 1 ATSG müssen formell rechtskräftige Verfügungen und Einspracheentscheide in Revision gezogen werden, wenn die versicherte Person oder der Versicherungsträger nach deren Erlass erhebliche neue Tatsachen entdeckt oder Beweismittel auffindet, deren Beibringung zuvor nicht möglich war (Urteil 8C\_334/2013 vom 15. November 2013 E. 3.1). Vorab ist festzuhalten, dass die Vorinstanz - entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers - die Voraussetzungen der prozessualen Revision in E. 3.2 des angefochtenen Entscheides aufgezeigt, in bundesrechtskonformer Würdigung der Aktenlage umfassend geprüft und in der Folge verneint hat. Darauf wird verwiesen. Was der Beschwerdeführer im Übrigen hiegegen vorbringt, ist offensichtlich unbegründet.

8.2. Das kantonale Gericht führte aus, die vom Versicherten nachträglich eingereichten medizinischen Akten würden keine neuen Tatsachen oder Beweismittel enthalten, aufgrund derer ein anderer Entscheid hätte ergehen müssen. Vielmehr sei davon auszugehen, dass die Einschätzungen der vom Rechtsschutzversicherer beauftragten Ärzte einer neuen Würdigung bereits bekannter Tatsachen entsprechen würden, was nicht als prozessualer Revisionsstatbestand anerkannt werde.

8.3. Der Versicherte macht geltend, die nachträglich von seinem Rechtsschutzversicherer in die Wege geleiteten medizinischen Abklärungen, welche ergeben hätten, dass die Behandlung der unfallbedingten Beeinträchtigung im Juni 2014 noch nicht abgeschlossen bzw. darüber hinaus angedauert habe, vermöchten eine prozessuale Revision zu begründen. Ihm sei es ausserdem nicht zumutbar gewesen, parallel zu den Abklärungen der Beschwerdegegnerin bzw. innerhalb der 30-tägigen Einsprachefrist im Sommer 2014 eigene medizinische Abklärungen zu tätigen.

8.4. Die vom Versicherten eingereichten medizinischen Unterlagen weisen keine für den Entscheid erheblichen neuen Diagnosen auf, sondern basieren lediglich auf einer anderen medizinischen Beurteilung. Sie stellen somit weder neue Tatsachen noch Beweismittel dar, welche eine prozessuale Revision gemäss Art. 53 Abs. 1 ATSG rechtfertigen würden. Demzufolge sind sie nicht geeignet, die tatbeständliche Grundlage des zur Revision ersuchten Entscheids zu verändern und bei zutreffender rechtlicher Würdigung zu einer anderen Entscheidung zu führen. Ferner überzeugt der Einwand des Beschwerdeführers nicht, wonach es ihm unzumutbar gewesen sei, parallel zu den Abklärungen der Beschwerdegegnerin bzw. innerhalb der 30-tägigen Einsprachefrist eigene medizinische Abklärungen zu tätigen. Wie der Versicherte selbst in seiner Beschwerde mehrfach ausführte, war die Helsana aufgrund des Untersuchungsgrundsatzes von Gesetzes wegen verpflichtet, den rechtserheblichen Sachverhalt abzuklären (Art. 43 Abs. 1 ATSG). Dem Beschwerdeführer wäre es möglich und zumutbar gewesen, gegen die am 30. Juni 2014 ergangene Verfügung fristgerecht Einsprache zu erheben und gegebenenfalls den weiteren Rechtsweg zu beschreiten.

8.5. Demnach fällt ein (prozessrechtlicher) Revisionsgrund ausser Betracht, da die Argumente des Versicherten nicht geeignet sind, die tatsächliche Grundlage der Verfügung vom 30. Juni 2014 zu verändern und bei zutreffender Würdigung zu einer anderen Entscheidung zu führen. Folglich ist nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz die Voraussetzungen der prozessualen Revision verneint hat.

9.

9.1. Das Verfahren ist kostenpflichtig. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend hat der Beschwerdeführer die Gerichtskosten zu tragen (Art. 66 Abs. 1 Satz 1 BGG).

9.2. Der in ihrem amtlichen Wirkungskreis obsiegenden, mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betrauten Beschwerdegegnerin (vgl. Art. 68 Abs. 3 BGG) wird praxisgemäss keine Parteienschädigung zugesprochen (BGE 126 V 143 E. 4a S. 150 mit Hinweisen; Urteil 8C\_407/2013 vom 8. November 2013 E. 5.2).

Demnach erkennt das Bundesgericht:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.

2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

3.

Dieses Urteil wird den Parteien, dem Verwaltungsgericht des Kantons Glarus und dem Bundesamt für Gesundheit schriftlich mitgeteilt.

Luzern, 24. März 2017

Im Namen der I. sozialrechtlichen Abteilung  
des Schweizerischen Bundesgerichts

Der Präsident: Maillard

Der Gerichtsschreiber: Hochuli