Bundesgericht
Tribunal fédéral
Tribunale federale
Tribunal federal

8C 62/2018

Urteil vom 19. September 2018

I. sozialrechtliche Abteilung

Besetzung
Bundesrichter Maillard, Präsident,
Bundesrichter Frésard, Bundesrichterin Heine, Bundesrichter Wirthlin, Bundesrichterin Viscione,
Gerichtsschreiber Nabold.

Verfahrensbeteiligte
A._____,
vertreten durch Rechtsanwalt Olivier Zigerli,
Beschwerdeführer,

gegen

Basler Versicherung AG, Aeschengraben 21, 4051 Basel,
vertreten durch Advokat Andrea Tarnutzer-Münch,
Beschwerdegegnerin.

Gegenstand
Unfallversicherung,

Beschwerde gegen den Entscheid des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern
vom 15. Dezember 2017 (200 17 841 UV).

Sachverhalt:

A.

A.a. Der 1976 geborene A._____ verunfallte am 26. Juni 2007 mit dem Motorrad und erlitt dabei ein Polytrauma mit multiplen Verletzungen der linken unteren Extremität und Kontusion der linken Schulter. Die Basler Versicherung (nachfolgend Basler) als gemäss Unfallversicherungsgesetz zuständiger Leistungserbringer schloss den Fall mit Verfügung vom 17. Juni 2013 ab, nachdem sie ein Gutachten von Dr. med. B._____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, Klinik C._____, vom 24. Oktober 2012 (bzw. 17. Januar 2013) beigezogen hatte. Dabei sprach sie dem Versicherten nebst einer Invalidenrente (Invaliditätsgrad von 39 %) und einer Integritätsentschädigung insbesondere weitere Heilbehandlung zu, dies mit dem Vermerk "gemäss Art. 21 UVG, aktuell Leistungen gemäss obiger Ziffer 11". Unter dieser hielt die Verfügung fest, dass laut Gutachten regelmässige ärztliche Kontrollen in jährlichen bis zweijährlichen zeitlichen Abständen sowie permanente Unterstützung durch ambulante Physiotherapie (zurzeit dreimal wöchentliche Sitzungen) notwendig seien.

A.b. Anfang Januar 2017 liess die Basler den Versicherten im Zentrum D._____ AG mittels "Funktionsorientierter Medizinischer Abklärung" untersuchen (Bericht vom 7. Februar 2017). Mit Verfügung vom 27. März 2017 passte sie schliesslich die Heilbehandlung "gemäss (...) Erwägungen" an. Dort bezog sie sich nach Wiedergabe der Stellungnahme ihrer beratenden Ärztin, Dr. med. E._____, Fachärztin für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 26. September 2016 namentlich auf den Bericht des Zentrums D._____ AG und die darin empfohlenen Massnahmen, auf die sie ihre Leistungen fortan beschränke: drei Serien Physiotherapie zu neun Sitzungen jährlich sowie osteopathische Behandlung, initial ein- bis zweimal pro Woche, im Verlauf maximal einmal pro Monat. Daran hielt die Basler auf Einsprache des Versicherten hin mit Einspracheentscheid vom 21. August 2017 fest.

B.

Die von A._____ hiegegen erhobene Beschwerde wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern (sozialversicherungsrechtliche Abteilung) mit Entscheid vom 15. Dezember 2017 ab, soweit es auf sie eintrat.

C.
Mit Beschwerde beantragt A._____ die Aufhebung des Einsprache- und des kantonalen Gerichtsentscheides.

Während die Basler 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 gutheissen 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.

1.2.1. Die Beschwerdeschrift hat unter anderem ein Rechtsbegehren zu enthalten (Art. 42 Abs. 1 BGG). Das Begehren umschreibt den Umfang des Rechtsstreits und muss grundsätzlich so formuliert werden, dass es bei Gutheissung zum Urteil erhoben werden kann. Da die Beschwerde an das Bundesgericht ein reformatorisches Rechtsmittel ist (Art. 107 Abs. 2 BGG), darf sich diese grundsätzlich nicht darauf beschränken, die Aufhebung bzw. Rückweisung des angefochtenen Entscheids zu beantragen, sondern muss einen Antrag in der Sache stellen. Der Beschwerdeführer hat demnach anzugeben, welche Punkte des Entscheids angefochten und welche Abänderung des Dispositivs beantragt werden. Grundsätzlich ist ein materieller Antrag erforderlich, damit die Beschwerde zulässig ist, ausser wenn das Bundesgericht ohnehin nicht reformatorisch entscheiden könnte (BGE 137 II 313 E. 1.3 S. 317; 136 V 131 E. 1.2 S. 135; 134 III 379 E. 1.3 S. 383; 133 III 489 E. 3.1 S. 489 f.: s. allerdings auch BGE 133 II 409 E. 1.4.1 S. 414 f.).

1.2.2. Rechtsbegehren sind nach Treu und Glauben auszulegen, insbesondere im Lichte der dazu gegebenen Begründung (BGE 123 IV 125 E. 1 S. 127; Urteil 4P.266/2006 vom 13. Dezember 2006 E. 1.3). Nach der Rechtsprechung schadet eine sichtlich ungewollte oder unbeholfene Wortwahl der am Recht stehenden Person ebensowenig wie eine nicht geglückte oder rechtsirrtümliche Ausdrucksweise. Es genügt, wenn der Beschwerde insgesamt entnommen werden kann, was die beschwerdeführende Person verlangt (SVR 2004 IV Nr. 25 S. 75 E. 3.2.1 mit Hinweisen, I 138/02).

1.2.3. Der Versicherte verlangt in seiner Beschwerdefrist lediglich, Einsprache- und kantonaler Gerichtsentscheid seien aufzuheben. Aus der Begründung kann jedoch entnommen werden, dass er auf die Erbringung weiterer Heilbehandlung im anlässlich der Berentung verfügten Umfang abzielt. Auf die Beschwerde ist somit einzutreten.

1.3. Im vorliegenden Fall ist streitig, ob das kantonale Gericht Bundesrecht verletzt hat, indem es die von der Beschwerdegegnerin verfügte Anpassung des Heilbehandlungsanspruchs schützte. Das Beschwerdeverfahren beschlägt somit eine Sachleistung (vgl. Art. 14 ATSG). Die Ausnahmereglung des Art. 105 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 97 Abs. 2 BGG kommt daher nicht zum Tragen. Vielmehr bleibt das Bundesgericht hier nach Art. 105 Abs. 1 BGG an die vorinstanzliche Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts gebunden (Art. 97 Abs. 2 und Art. 105 Abs. 3 BGG Umkehrschluss; vgl. BGE 135 V 412). Es kann diese Sachverhaltsfeststellung nur berichtigen oder ergänzen, wenn sie offensichtlich unrichtig ist oder auf einer Rechtsverletzung im Sinn von Art. 95 BGG beruht und wenn die Behebung des Mangels für den Ausgang des Verfahrens entscheidend sein kann (Art. 97 Abs. 1 und Art. 105 Abs. 2 BGG; vgl. Urteil 8C 281/2018 vom 25. Juni 2018 E. 1.2).

2.

2.1. Das kantonale Gericht hat die massgebliche intertemporalrechtliche Bestimmung der jüngsten UVG-Revision (Abs. 1 der Übergangsbestimmung zur Änderung vom 25. September 2015) korrekt dargelegt und angewendet. Ebenso richtig ist die Wiedergabe von Art. 17 Abs. 1 und 2 ATSG betreffend die revisionsweise Anpassung von Renten- und anderen Dauerleistungen. In Bezug auf den strittigen Anspruch im Besonderen hat es sodann nebst Art. 10 UVG (Heilbehandlung) auch Art. 54 UVG (Wirtschaftlichkeit der Behandlung) angeführt und an die aus dem Verhältnismässigkeitsprinzip (Art. 5 Abs. 2 BV) ableitbaren leistungsrechtlich bedeutsamen Erfordernisse der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erinnert. Auf all das kann verwiesen werden.

2.2. Die verunfallte Person hat Anspruch auf Heilbehandlung, solange von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands erwartet werden kann; mit dem Fallabschluss fallen die vorübergehenden Leistungen in Form von Heilbehandlung und Taggeld dahin und es ist der Rentenanspruch zu prüfen (vgl. Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 134 V 109 E. 4.1 S. 114). Nach Festsetzung der Rente werden dem Bezüger gemäss Art. 21 Abs. 1 UVG die Pflegeleistungen und Kostenvergütungen (Art. 10-13) nur unter besonderen Voraussetzungen gewährt, so bei Berufskrankheit (lit. a), bei Rückfall oder Spätfolgen zur wesentlichen Besserung oder Bewahrung vor wesentlicher Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit (lit. b), wenn der Versicherte zur Erhaltung seiner verbleibenden Erwerbsfähigkeit dauernd der Behandlung und Pflege bedarf (lit. c) oder zur wesentlichen Verbesserung oder zur Bewahrung vor wesentlicher Beeinträchtigung des Gesundheitszustands im Falle der Erwerbsunfähigkeit (lit. d). Im dazwischen liegenden Bereich, wenn einerseits von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung im Sinn von Art. 19 Abs. 1 UVG mehr erwartet werden kann und andererseits die Voraussetzungen von Art. 21 Abs. 1 UVG nicht
erfüllt sind, hat der Unfallversicherer keine Heilbehandlung mehr zu übernehmen; an seine Stelle tritt der obligatorische Krankenpflegeversicherer (BGE 140 V 130 E. 2.2 S. 132; 134 V 109 E. 4.2 S. 115).

3.

3.1. Das kantonale Gericht hat in rechtlicher Hinsicht erkannt, dass es sich bei den "Behandlungsleistungen nach UVG" um Naturalleistungen handle, die der Unfallversicherer "in natura" bzw. der Leistungserbringer in dessen Auftrag erbringe. Damit werde nicht der Versicherte, sondern der Versicherer Schuldner gegenüber dem Leistungserbringer. Dabei könne die Zweckmässigkeit der Behandlungsleistungen mit Bezug auf das Behandlungsziel - ohne dass ein Revisionsgrund im Sinne einer wesentlichen Veränderung der gesundheitlichen Situation vorliegen müsste - laufend überprüft werden. Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit richte sich zudem ausschliesslich nach medizinischen Kriterien und nicht nach den subjektiven Empfindungen des Beschwerdeführers.
Der Beschwerdeführer bringt hiegegen vor, eine Aufhebung oder Änderung seines Anspruches auf Heilbehandlung könne nur mit einem Rückkommenstitel (Wiedererwägung, prozessuale Revision) oder bei Vorliegen eines Revisionsgrunds (Art. 17 ATSG) erfolgen. Hiebei geht er namentlich davon aus, dass Heilbehandlungsleistungen nach Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG als Dauerleistungen im Sinne von Art. 17 Abs. 2 ATSG zu qualifizieren sind.

3.2. Heilbehandlung und Taggeldzahlungen, die vor dem nach Art. 19 Abs. 1 UVG zu beurteilenden Fallabschluss erbracht werden, behandelt die Rechtsprechung nicht als Dauer-, sondern als vorübergehende Leistungen, dies in Kenntnis des Umstands, dass sie im Einzelfall mehrere Jahre andauern können. Als solche werden sie von Art. 17 ATSG nicht erfasst, da sich diese Bestimmung gemäss klarem Gesetzeswortlaut ausschliesslich auf Invalidenrenten und andere Dauerleistungen bezieht (BGE 138 V 140 E. 5.3 S. 144; 133 V 57 E. 6 S. 61 ff., insbesondere E. 6.6.2 S. 64 und E. 6.7 S. 65; vgl. ferner Urteil 8C 179/2014 vom 16. März 2015 E. 4.3; ablehnend: Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, N 65 zu Art. 17). Dabei liess das Bundesgericht die aus Gründen der Gesetzessystematik aufgeworfene Frage, ob Heilbehandlung als Sachleistung (Art. 14 ATSG) überhaupt unter den im 3. Kapitel, 2. Abschnitt mit dem Titel "Geldleistungen" stehenden Art. 17 Abs. 2 ATSG fallen könnte, ausdrücklich offen (E. 6.8 auf S. 66 des zitierten BGE).

3.3.

3.3.1. Im vorliegenden Fall geht es jedoch nicht um Leistungen vor dem Fallabschluss, sondern um

Heilbehandlung, die zusammen mit der Berentung im Sinne von Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG für die Zeit danach zugesprochen worden war. Insofern verweist der Beschwerdeführer auf das in der Rivista ticinese di diritto (RtiD 2011 I S. 206) veröffentlichte Urteil 8C 896/2009 vom 23. Juli 2010, das den Fall eines Tetraplegikers betraf und Leistungen im Sinne von Art. 21 Abs. 1 lit. d UVG und Art. 18 Abs. 1 UVV ("Hilfe und Pflege zu Hause") zum Gegenstand hatte. Demgemäss gelten solche Leistungen als Dauerleistungen, die unter Art. 17 Abs. 2 ATSG fallen, da sie - anders als die gewöhnlichen Heilbehandlungsleistungen im Unfallversicherungsrecht - an sich lebenslang geschuldet sind (im gleichen Sinne auch Urteil 8C 457/2014 vom 5. September 2014 E. 2.2; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3. Aufl. 2016, Rz. 289 S. 992 f.).

3.3.2. Es rechtfertigt sich, diese Rechtsprechung zu Art. 21 Abs. 1 lit. d UVG und Art. 18 Abs. 1 UVV gleichermassen im Rahmen von Abs. 1 lit. c anzuwenden. Dies liegt zum einen bereits vom Wortlaut her nahe, spricht doch Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG (anders als Abs. 1 lit. d) in allen Sprachfassungen ausdrücklich von einer "dauernden" ("de manière durable"; "durevolmente") Behandlungs- und Pflegebedürftigkeit. Zum andern drängt sich insbesondere in Art. 21 Abs. 1 lit. c und d UVG eine unterschiedliche Behandlung - diese als dauerhafte und jene als bloss vorübergehende Leistungen - von der Sache her nicht auf. Keine entscheidende Rolle spielt in diesem Zusammenhang, dass die in lit. c und d vorausgesetzte Eingliederungswirksamkeit je anders umschrieben ist, indem sich erstere auf die Erwerbsfähigkeit bezieht und letztere mangels eines verbliebenen Rests davon (vgl. BGE 140 V 130 E. 2.3 S. 133 oben) auf den Gesundheitszustand als solchen. Gewiss trifft es zu, dass der in Abs. 1 lit. d angesprochene Gesundheitszustand - ob es nun um dessen wesentliche Verbesserung oder um den Schutz vor entsprechender Beeinträchtigung gehen mag - in aller Regel eine lebenslange Herausforderung darstellt. Im Gegensatz dazu spricht das in Abs. 1 lit. c
angestrebte Ziel (Erhalt der Erwerbsfähigkeit) dafür, dass dieser Anspruch auf die Dauer der erwerblichen Aktivität beschränkt bleibt (vgl. Kaspar Gehring, in: Kommentar KVG/UVG, Kieser/Gehring/Bollinger [Hrsg.], Zürich 2018, Rz. 7 zu Art. 21 UVG sowie Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Bern 1985, S. 384 Fn. 962b, der jedoch aus stärker gewichteten "soziale Gründen" zu einem anderen Ergebnis gelangt). Aus dieser Verknüpfung mit der Erwerbsfähigkeit bzw. mit der Dauer der erwerblichen Aktivität lässt sich jedoch nicht schliessen, es gehe im Rahmen von Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG nicht um Dauerleistungen, umso weniger als die Versicherung der Erwerbsfähigkeit gemäss UVG unter Umständen auch über das ordentliche Rentenalter hinaus andauern kann. Bedeutsamer ist vielmehr, dass sowohl lit. c als auch lit. d von Art. 21 Abs. 1 UVG generell einen zwar behandlungs- bzw. pflegebedürftigen, aber immerhin stationären Gesundheitszustand voraussetzen, war doch im Zeitpunkt der Leistungszusprache prognostisch nicht mehr mit einer namhaften Verbesserung zu rechnen. Denn genau dieser Umstand hatte zuvor Anlass zum Fallabschluss gegeben (BGE 143 V 148 E. 3.1.1 S. 151 f. und E. 5.3.1 S. 156; 134 V 109 E. 3.2 S. 113 und E. 4.1 S.
113 f.). So gesehen unterscheiden sich Art. 21 Abs. 1 lit. c und d UVG nicht nur wegen der spezifischen Eingliederungsziele von den vor Fallabschluss gemäss Art. 10-13 UVG bestehenden Ansprüchen (vgl. BGE 116 V 41 E. 3b S. 45 f.), sondern auch in Bezug auf die zugrunde liegende Sachlage. In aller Regel wird darüber denn auch - anders als bezogen auf Art. 10 ff. UVG (vgl. auch BGE 138 V 140 E. 5.3.3 S. 144 sowie Gabriela Riemer-Kafka, Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, 6. Aufl., Bern 2018, Rz. 5.337 S. 279) - nicht in einem formlosen Verfahren, sondern zufolge zwingender Verbindung mit dem Rentenanspruch verfügungsweise befunden (Umkehrschluss aus Art. 124 UVV in Verbindung mit Art. 51 ATSG). Dies alles spricht dafür, hinsichtlich der gestützt auf Art. 21 Abs. 1 lit. c und d UVG gesprochenen Pflegeleistungen, ungeachtet der konkret in Frage stehenden Leistungsart, von einem auf Dauer angelegten Leistungsverhältnis auszugehen.

3.3.3. Wie es sich in dieser Hinsicht mit Abs. 1 lit. a (Berufskrankheit) verhalten mag, muss hier nicht abschliessend geklärt werden. Genauso wenig ist zu vertiefen, was für den Anspruch auf Hilfsmittel gilt. Diese werden von Art. 21 UVG ebenfalls erfasst; darüber hinaus besteht bei gegebenem Bedarf ein über den Fallabschluss bestehender Anspruch auf weitere Hilfsmittelversorgung, ohne dass eine Rente ausgerichtet würde (BGE 143 V 148). Dabei hat das Bundesgericht immerhin vermerkt, es handle sich bei Hilfsmitteln nicht um Leistungen, die typischerweise bloss vorübergehenden Charakter aufwiesen (BGE 143 V 148 E. 6.2 S. 159).

3.4. Werden demnach auch die nach Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG zugesprochenen Pflegeleistungen und Kostenvergütungen, genauso wie diejenigen nach Abs. 1 lit. d UVG, als Dauerleistungen behandelt, bedarf es für ihre Aufhebung oder Anpassung eines Rückkommenstitels oder eines Revisionsgrunds

nach Art. 17 Abs. 2 ATSG. Dass diese Bestimmung von der Gesetzessystematik her auf Geldleistungen beschränkt ist, wurde in Urteil 8C 896/2009 vom 23. Juli 2010 (trotz BGE 133 V 57 E. 6.8 S. 66) nicht mehr aufgegriffen. Gerechtfertigt durch den Zweck des Gesetzes kann hier ohne Weiteres von einer zumindest analogen Anwendbarkeit des Art. 17 Abs. 2 ATSG ausgegangen werden. Das Bundesgericht hat denn auch in anderem Zusammenhang ausdrücklich festgehalten, dass für dauernde Sachleistungen in Form von Eingliederungsmassnahmen analoge Revisionsbestimmungen gelten wie für Renten (BGE 135 I 161 E. 4.2 S. 165; sinngemäss zustimmend: Riemer-Kafka, a.a.O., Rz. 5.337 S. 279; offenbar auch Thomas Locher/Thomas Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. 2014, § 39 Rz. 18). Das bedeutet, dass eine Aufhebung der Pflegeleistungen oder eine Anpassung ihres Umfangs nicht im Zuge voraussetzungsloser Neubeurteilung aufgrund besserer Erkenntnis erfolgen kann (vgl. Urteil 8C 846/2010 vom 10. Dezember 2010 E. 1.3), sondern dass dafür eine erhebliche Veränderung des Sachverhalts nach verfügter Leistungszusprache erforderlich ist. Zu fragen ist daher gemäss Art. 17 Abs. 2 ATSG nach Änderungen des Sachverhalts, die aus Sicht des Eingliederungsziels (Erhalt der Erwerbsfähigkeit) geeignet sind, Bestand und Umfang der zugesprochenen Heilbehandlung anhaltend zu beeinflussen (vgl. auch BGE 135 I 161 E. 4.2 S. 165 mit Hinweis). Dabei geht es zum einen um den Gesundheitszustand selbst, der sich auch nach Abschluss des Falles im Lauf der Zeit - mit Auswirkungen auf den Behandlungsbedarf - verändern kann. Zum andern fallen die Arbeitsfähigkeit sowie erwerbliche Gründe in Betracht, zumal mit Blick auf die von Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG angestrebte Erhaltung der verbleibenden Erwerbsfähigkeit. Endlich kann sich zufolge Anpassung oder Angewöhnung an die Behinderung (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11) eine nach Art. 17 Abs. 2 ATSG und Art. 19 Abs. 1 lit. c UVG bedeutsame Veränderung des Behandlungsbedarfs ergeben. In allen Fällen gilt es dies durch entsprechenden revisionsrechtlichen Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Leistungszusprache mit jenem anlässlich der Neubeurteilung zu ermitteln (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 350 f. betreffend Rentenanspruch).

3.5. Folgendes bleibt jedoch klarzustellen: Das soeben Erwogene betrifft namentlich den Fall, dass die mit der Berentung zugesprochenen Pflegeleistungen oder Kostenvergütungen endgültig aufgehoben oder aberkannt werden sollen. Nichts grundsätzlich Anderes hat zu gelten, wenn der Unfallversicherer auf eine dauerhafte und wesentliche Einschränkung des Leistungsumfangs abzielt. Das bedingt jedoch zusätzlich, dass die betreffende Leistung bereits im Rahmen ihrer verfügten Zusprache in der Sache spezifiziert und/oder vom Umfang her quantifiziert wurde. Vorliegend nicht abschliessend zu befinden ist darüber, wie sich die Rechtslage darstellt, wenn von jeder Quantifizierung oder anderwertiger Spezifizierung der Heilbehandlungsleistungen abgesehen wird, oder wenn die betreffenden Leistungen - entgegen dem, was der Wortlaut von Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG nahe zu legen scheint - von vornherein auf bestimmte Dauer, mithin befristet gewährt worden ist (vgl. Urteil 8C 50/2018 vom 20. Juli 2018 E. 3.2.2).

4.

4.1. Das kantonale Gericht hat weiter erwogen, die Beschwerdegegnerin sei nicht auf ihren Entscheid vom 17. Juni 2013, weiterhin die zur Erhaltung der Erwerbsfähigkeit erforderlichen Massnahmen zu erbringen, zurückgekommen. Am Anspruch nach Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG habe sich nichts geändert, sondern es sei lediglich eine Anpassung der dem Behandlungszweck dienlichen Pflegeleistungen erfolgt.

4.2. Im vorliegenden Fall vermerkt die Vorinstanz zunächst richtig, dass mit der strittigen Einschränkung der bislang erbrachten Heilbehandlung nicht der betreffende Anspruch an sich aufgehoben, sondern lediglich dessen Umfang beschränkt wird. Soweit sie indessen weiter erwägt, am Anspruch, gestützt auf Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG die für die Erhaltung der Erwerbsfähigkeit erforderlichen Pflegeleistungen weiter zu erhalten, habe sich mit dem angefochtenen Einspracheentscheid nichts geändert, kann der Vorinstanz indessen nicht beigepflichtet werden. Zwar liegt sie insofern richtig, als dem Grundsatz nach tatsächlich nur ein Verfügungsdispositiv in Rechtskraft erwachsen kann (BGE 140 I 114 E. 2.4.2 S. 120 mit Hinweisen). Wo dieses jedoch auf die Erwägungen verweist, nehmen diese insofern an der Rechtskraft teil, als sie der Ergänzung oder Erläuterung des Dispositivs dienen (Rhinow und andere, Öffentliches Prozessrecht, 3. Aufl. 2014, Rz. 1688 mit Hinweis). Und ein solcher Verweis liegt im Fall des Beschwerdeführers gerade vor, wie aus dem Vermerk "aktuell Leistungen gemäss obiger Ziffer 11" zweifelsfrei erhellt. Die Vorinstanz hat selber festgestellt, dass ihm mit Verfügung vom 17. Juni 2013 dreimal wöchentlich Physiotherapie zugesprochen wurde, wobei sie sich explizit auf die betreffende Ziff. 11 der Erwägungen bezieht. In der Folge hat sie jedoch die rechtliche Tragweite dieser Anordnung verkannt und dadurch

Bundesrecht verletzt. Der dem Beschwerdeführer zuerkannte Heilbehandlungsanspruch wird, obwohl nicht aufgehoben, gemessen an dem in der Leistungszusprache vom 17. Juni 2013 ausdrücklich anerkannten Ausmass markant geschmälert, was ohne Nachweis einer gegenüber der Leistungszusprache wesentlichen Sachverhaltsänderung nicht angeht (vgl. E. 3 hievor). Die seinerzeitige Spezifikation und Quantifizierung wird im Übrigen auch nicht dadurch relativiert, dass die ursprüngliche Verfügung in Zusammenhang mit der Heilbehandlung im Dispositiv die Bezeichnung "aktuell" und in den Erwägungen die Wendung "zurzeit dreimal wöchentliche Sitzungen" enthält. Die Annahme, dass damit die Möglichkeit einer jederzeitigen voraussetzungslosen Neuüberprüfung eingeräumt worden wäre, liesse sich nicht halten. So entsprach denn auch die ursprüngliche Leistungszusprache der Empfehlung des Gutachters Dr. med. B._____, der von einem Gesundheitszustand auf "stabilem Plateau" ausgegangen war und die Wahrscheinlichkeit einer Besserung, ausgehend vom linken Bein und der linken
Schulter, als minimal eingestuft hatte.

5.
Gemäss den grundsätzlich verbindlichen Feststellungen der Vorinstanz benötigt der Beschwerdeführer zur Erhaltung der Arbeitsfähigkeit verschiedene Massnahmen, wobei drei Serien zu neun Sitzungen Physiotherapie pro Jahr sowie eine osteopathische Behandlung, anfänglich ein- bis zweimal die Woche, danach maximal einmal monatlich, ausreichen. Weder die Beschwerdegegnerin noch das kantonale Gericht haben indessen Feststellungen zur Frage getroffen, ob die Diskrepanz zwischen den mit Verfügung vom 17. Juni 2013 rechtskräftig zugesprochenen Heilbehandlungsleistungen und dem nunmehr festgestellten, wesentlich geringeren Bedarf auf einer revisionsrechtlich erheblichen Veränderung des Sachverhalts beruht, oder sich durch eine bloss abweichende Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes (womit kein Revisionsgrund bestehen würde: BGE 131 V 84 E. 3 S. 89; Urteil 8C 481/2013 E. 2.2, nicht publ. in: BGE 139 V 585, aber in: SVR 2014 UV Nr. 7 S. 21; Urteil 8C 248/2017 vom 24. Mai 2018 E. 3.2) erklärt. Entsprechend ist die Beschwerde des Versicherten gutzuheissen und die Sache ist unter Aufhebung des Einsprache- und des kantonalen Gerichtsentscheides an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese - nach allfällig
notwendigen weiteren medizinischen Abklärungen - über den Heilbehandlungsanspruch des Versicherten neu entscheide.

6.
Die Rückweisung der Sache an den Versicherungsträger oder an das vorinstanzliche Gericht zu erneuter Abklärung (mit noch offenem Ausgang) gilt für die Auferlegung der Gerichtskosten und der Parteientschädigung als volles Obsiegen des Beschwerdeführers (Art. 66 Abs. 1, Art. 68 Abs. 2 BGG; BGE 132 V 215 E. 6.1 S. 235; Urteil 8C 92/2018 vom 7. August 2018 E. 6 sowie 8C 304/2018 vom 6. Juli 2018 E. 4.3.1). Dem entsprechend hat die Beschwerdegegnerin die Gerichtskosten zu tragen (Art. 66 Abs. 1 BGG) und dem anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer eine Parteientschädigung zu bezahlen (Art. 68 Abs. 2 BGG). Zudem wird die Vorinstanz die Parteientschädigung für das vorangegangene Verfahren neu zu verlegen haben.
Demnach erkennt das Bundesgericht:

1.
Die Beschwerde wird teilweise gutgeheissen. Der Entscheid des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern (sozialversicherungsrechtliche Abteilung) vom 15. Dezember 2017 und der Einspracheentscheid Einspracheentscheid der Basler Versicherungen AG vom 21. August 2017 werden aufgehoben. Die Sache wird zu neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2.
Die Gerichtskosten von Fr. 800.- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

3.
Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer für das bundesgerichtliche Verfahren mit Fr. 2'800.- zu entschädigen.

4.
Die Sache wird zur Neuverlegung der Parteientschädigung an das Verwaltungsgerichts des Kantons Bern (sozialversicherungsrechtliche Abteilung) zurückgewiesen.

5.

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

Luzern, 19. September 2018

Im Namen der I. sozialrechtlichen Abteilung
des Schweizerischen Bundesgerichts

Der Präsident: Maillard

Der Gerichtsschreiber: Nabold