

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 1. Juni 2026

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichterin Frey
Gerichtsschreiberin Schertenleib Gamero

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

Suva
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 20. Juni 2024



Sachverhalt:

A.

Der 1992 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) arbeitete seit 1. Juni 2021 für die C._____ AG (Akten der Unfallversicherung [act. II] 1), und war dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva bzw. Beschwerdegegnerin) für die Folgen von Unfällen obligatorisch unfallversichert, als er am TT. Oktober 2023 beim Treppesteigen einen Misstritt machte und seitdem an Beschwerden am linken Fussknöchel litt (act. II 1, 9). Eine ärztliche Erstbehandlung erfolgte am 7. Oktober 2023 (act. II 9) und am 25. Oktober 2023 (act. II 1) meldete die Arbeitgeberin der Suva das Ereignis. Mit Mitteilung vom 31. Oktober 2023 (act. II 6) bestätigte die Suva, die Versicherungsleistungen würden übernommen. Nachdem die Suva Versicherungsmedizin eine Kurzbeurteilung am 11. März 2024 (act. II 40) vorgenommen hatte, erfolgte mit Verfügung vom 13. März 2024 (act. II 46) der Fallabschluss rückwirkend per 20. Dezember 2023 und die Suva lehnte die Ausrichtung weiterer Versicherungsleistungen ab. Hiergegen erhob der Versicherte am 2. April 2024 (act. II 48) Einsprache und reichte dazu einen Bericht der behandelnden Orthopädin vom 16. April 2024 ein (act. II 54 f.). Danach erfolgte durch die Suva Versicherungsmedizin eine ärztliche Beurteilung vom 30. Mai 2024 (act. II 57). Mit Entscheid vom 20. Juni 2024 (act. II 60) wies die Suva die Einsprache ab.

B.

Am 21. August 2024 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde. Er beantragt das Folgende:

1. Der Einspracheentscheid vom 20. Juni 2024 sei aufzuheben.
2. Dem Beschwerdeführer seien die gesetzlichen Leistungen über den 20. Dezember 2023 hinaus auszurichten.

3. Eventualiter sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, um ein verwaltungsexternes medizinisches Gutachten unter Einbezug der Fachrichtungen orthopädische Traumatologie und Chirurgie sowie Radiologie einzuholen und danach neu zu entscheiden.

- Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen -

Mit Beschwerdeantwort vom 4. Oktober 2024 schloss die Suva auf Abweisung der Beschwerde. Sie reichte zudem eine Kurzbeurteilung der Versicherungsmedizin vom 18. September 2024 ein.

Am 26. November 2024 beantragte der Beschwerdeführer, es sei die Stellungnahme der behandelnden Orthopädin vom 29. Oktober 2024 (Beschwerdeakten [act. I] 3) zu den Akten zu erkennen.

Mit Schlussstellungnahme vom 2. Juni 2025 reichte die Beschwerdegegnerin einen Bericht der Suva-Versicherungsmedizin vom 30. Mai 2025 (Akten der Unfallversicherung [act. IIA] 1) ein.

Am 23. Oktober 2025 hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest. Die entsprechende Stellungnahme ging zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträ-

gen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 20. Juni 2024 (act. II 60). Streitig ist, ob die Beschwerdegegnerin die Versicherungsleistungen im Zusammenhang mit dem Ereignis vom TT. Oktober 2023 zu Recht per 20. Dezember 2023 eingestellt hat.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 Abs. 1 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]).

2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt (u.a.) voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 148 V 356 E. 3 S. 358).

2.3

2.3.1 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 ("conditio sine qua non"; BGE 147 V 161 E. 3.2 S. 163; SVR 2023 UV Nr. 39 S. 139, 8C_305/2022 E. 3.1).

2.3.2 Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt es, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 125, 123 V 43 E. 2b S. 45; SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9, 8C_354/2007 E. 8.3).

2.3.3 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 blosse Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 120, 8C_537/2009 E. 5.1).

2.4

2.4.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei einem durch den Unfall verschlimmerten oder überhaupt erst manifest gewordenen krankhaften Vorzustand entfällt erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache darstellt, der Gesundheitsschaden also nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach schicksalsmässigem Verlauf eines krankhaften Vorzustandes

auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (BGE 150 V 188 E. 4.2 S. 191).

2.4.2 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 blossе Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (BGE 150 V 188 E. 4.2 S. 192, 146 V 51 E. 5.1 S. 56).

2.5 Die Verwaltung als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhaltes genügt diesen Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 151 V 244 E. 3.4 S. 248, 280 E. 3.3.1 S. 282, 144 V 427 E. 3.2 S. 429; SVR 2022 UV Nr. 41 S. 161, 8C_457/2021 E. 3.3).

3.

3.1 Es ist zwischen den Parteien zu Recht unbestritten, dass der Beschwerdeführer am TT. Oktober 2023 (Beschwerden am linken Fuss nach Misstritt auf einer Treppe) einen Unfall im Rechtssinne erlitten hat (vgl. E. 2.1 hiavor). Die Beschwerdegegnerin erbrachte in der Folge Leistungen (Heilbehandlungen und Taggelder) und stellte diese – nach Konsultation des Versicherungsmediziners – mit Verfügung vom 13. März 2024 (act. II 46), bestätigt mit dem angefochtenen Einspracheentscheid vom

20. Juni 2024 (act. II 60), per 20. Dezember 2023 ein mit der Begründung, der Zustand, wie er sich auch ohne Unfall vom TT. Oktober 2023 eingestellt hätte, sei spätestens nach acht Wochen erreicht gewesen. Dies ist umstritten und nachfolgend zu prüfen.

3.2 Zum medizinischen Sachverhalt ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.2.1 Im Bericht vom 7. Oktober 2023 (act. II 9) diagnostizierte Dr. med. D._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, ein Supinationstrauma mit Verdacht auf Verletzung der lateralen Bänder im OSG (oberes Sprunggelenk) links. Als Befunde nannte sie eine Schwellung und Druckdolenz über dem lateralen Malleolus. Der mediale Malleolus sei indolent und das Fibulaköpfchen sei leicht druckdolent. Im Röntgen des OSG ap und seitlich links sei eine intakte Knochenstruktur, keine frische ossäre Traumafolge und keine Luxation ersichtlich. Es bestehe eine regelrechte Achsenstellung im OSG und kein Gelenkserguss (vgl. auch act. II 17/2). Nach Rücksprache mit der Orthopädie sei von einer lateralen Bandläsion auszugehen.

3.2.2 Im Bericht des Zentrums E._____ vom 8. Januar 2024 (act. II 22) wurde nach einer Magnetresonanztomographie (MRI) des OSG links mit Kontrastmittel festgehalten, es bestehe eine leichte Tendinitis der Peroneus brevis-Sehne mit kurzstreckigem diskreten interstitiellen Längsriss retro-/subfibular. Die übrigen Sehnen und Bänder seien intakt und reizlos. Es bestünden ein kleiner Reizerguss im OSG und ein normaler osteoartikulärer Befund ohne Knochenmarksödeme. Es lägen kein Knorpelschaden, keine Anhaltspunkte für eine stattgehabte okkulte Fraktur und kein Hinweis auf ein Narbenimpingement vor.

3.2.3 In der Kurzbeurteilung vom 11. März 2024 (act. II 40) hielt Dr. med. F._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Suva Versicherungsmedizin, fest, die betroffene Körperregion sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit schon vor dem Unfall beeinträchtigt gewesen. Das MRI zeige eine Peroneus brevis-Sehne mit kurzstreckigem diskreten interstitiellen Längsriss retro-/subfibular. Ein solcher Längsriss sei überwiegend wahrscheinlich degene-

rativ und demnach als Vorzustand zu beurteilen. Der Unfall habe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht zu zusätzlichen strukturellen Läsionen geführt; er verweise auf den MRI-Befund. Es sei durch das Ereignis zu einer Distorsion des linken OSG gekommen ohne überwiegend wahrscheinliche zusätzliche strukturelle Läsion, es sei jedoch ein degenerativer Vorzustand symptomatisch geworden. Nach spätestens 6-8 Wochen sei erfahrungsgemäss der Vorzustand wieder erreicht und die Unfallfolgen spielten auch unter Berücksichtigung des Vorzustands mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Rolle mehr.

3.2.4 Im Bericht vom 16. April 2024 (act. II 54/2 f.) diagnostizierte die handelnde Dr. med. G._____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Spital H._____ AG, das Folgende:

Persistierende Beschwerden OSG links nach OSG-Distorsion vom 05.10.2023 mit/bei:

- V.a. stattgehabter ATFL-Läsion und Peroneus brevis-Tendinopathie
- Weichteilimpingement
- Kollabierende Pes cavovarus

Gestützt auf das MRI vom 8. Januar 2024 gehe sie von einer leichten post-traumatischen Veränderung des ATFL (Anterior Talo-Fibular Ligament) mit minimaler Verdickung aus. Diese zeige sich aber in Kontinuität erhalten. Es bestehe eine Tendinopathie der Peroneus brevis-Sehne. Die Peroneus longus-Sehne zeige sich unauffällig. Die sonstigen Strukturen seien unauffällig. Es bestehe kein Hinweis auf eine Degeneration. Es liege ein mögliches Weichteilimpingement antero-lateral vor. In der Beurteilung hielt sie fest, bei Druckdolenz und persistierenden Schmerzen über sechs Monate nach Unfallereignis über dem antero-lateralen OSG erfolge eine Infiltration. Das positive Ansprechen beweise, dass die Peroneus-Tendinopathie, welche sicherlich im MRI zu sehen sei, nicht die Ursache der beschriebenen Beschwerden sei. Bei erneut auftretenden Beschwerden würde sie sonst eine OSG-Arthroskopie mit Débridement eines möglichen Weichteilimpingements und Beurteilung einer Instabilität empfehlen.

3.2.5 In der ärztlichen Beurteilung vom 30. Mai 2024 (act. II 57) hielt der Suva-Arzt Dr. med. F._____ fest, beim Beschwerdeführer sei es zu einem Supinationstrauma des linken oberen Sprunggelenkes gekommen.

Die klinische Untersuchung habe einen Druckschmerz im Bereich des lateralen Malleolus bei leichter Schwellung gezeigt. Konventionell radiologisch habe eine Fraktur ausgeschlossen werden können und es sei eine konservative Behandlung durchgeführt worden. Erst drei Monate später sei bei anhaltender Schmerzsymptomatik ein MRI des linken oberen Sprunggelenkes durchgeführt worden. Dieses habe keine unfallbedingten strukturellen Läsionen gezeigt. Zwar werde eine Tendinopathie der Peroneus brevis-Sehne beschrieben, eine Verletzung des Retinaculum werde jedoch nicht beschrieben. Eine Luxation der Peronealsehnen werde ebenfalls in der klinischen Untersuchung nicht beschrieben und liege auch nach eigener Interpretation der MRI-Bilder nicht vor. Dr. med. G._____ beurteile diese Veränderungen in der Beschwerdebeilage ebenfalls als nicht beschwerdeverursachend. Die von ihr beschriebene leichte posttraumatische Veränderung des ATFL mit minimaler Verdickung könne drei Monate nach dem Unfallereignis nicht überwiegend wahrscheinlich als Folge des Unfallereignisses bezeichnet werden. Dies sei vom Fachradiologen nicht so beurteilt worden, auch nach eigener Durchsicht des MRIs sei diese Interpretation zu hinterfragen.

3.2.6 In der Stellungnahme vom 29. Oktober 2024 (act I 3) hielt Dr. med. G._____ fest, im MRI vom 8. Januar 2024 zeige sich eine Veränderung des ATFL mit leichter Verdickung, aber in Kontinuität erhalten, was für eine posttraumatische Veränderung spreche und zum Unfallmechanismus vom TT. Oktober 2023 passe. Gleichzeitig lasse sich eine leichte Tendinopathie der Peroneus brevis-Sehne beschreiben, welche als unabhängig vom Unfall zu werten sei. Der Radiologe des Zentrums E._____ beschreibe das ATFL allerdings als unauffällig. Dieser Beurteilung könne sie sich nicht anschliessen. Im Untersuchungsbefund vom März 2024 habe sie eine Druckdolenz über dem anterolateralen OSG, passend zu Restbeschwerden nach ATFL-Läsion und Weichteilimpingement, dokumentiert. Die leichte und weniger ausgeprägte Druckdolenz über den Peronealsehnen habe nicht den vom Beschwerdeführer im Alltag verspürten Beschwerden entsprochen. Ein positives Ansprechen auf die Infiltration des OSGs mit einem Lokalanästhetikum spreche klar gegen eine symptomatische Tendinopathie der Peronealsehnen, da diese Struktur ausserhalb des Gelenkes liege und daher nicht durch die Infiltration beeinflusst werden

könne. Ein Weichteilimpingement nach Kapselbandverletzung mit Verdickung des ATFL hingegen spreche als Teil der Gelenkkapsel auf eine Gelenksinfiltration an. Der Beschwerdeführer sei nach der Infiltration beschwerdefrei gewesen. Ein Weichteilimpingement könne sich nach Verletzung des Kapselbandapparates entwickeln und könne meist nicht im MRI dargestellt werden und sei somit eine klinische Diagnose. In der erneuten Kontrolle vom 25. Juni 2024 sei der Beschwerdeführer deutlich beschwerdeärmer gewesen und habe seiner beruflichen Tätigkeit wieder nachkommen können. Zu diesem Zeitpunkt habe sie die Behandlung abschliessen können.

3.2.7 In der ärztlichen Beurteilung vom 30. Mai 2025 (act. II A 1) hielt der Suva-Arzt Dr. med. F._____ fest, bei einem anterolateralen Impingement des OSG handle es sich um eine Einklemmung von hypertrophiertem Weichteilgewebe im anterolateralen Recessus des OSG. Dieses könne tatsächlich in Folge einer Ruptur der anterolateralen Bänder des OSG bzw. der Gelenkkapsel zur Ausprägung kommen. Dem Weichgewebe würden narbige Bandreste und eine hypertrophierte Synovia zugrunde liegen, die den Gelenkraum einengen und somit das Gelenkspiel vermindern könnten. In einem solchen Fall sei jedoch davon auszugehen, dass diese im MRI mit Kontrastmittel abzubilden sei; dieses zeige sich im MRI vom 8. Januar 2024 nicht.

3.3

3.3.1 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.3.2 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354; SVR 2022 UV Nr. 3 S. 7, 8C_131/2021 E. 3.2). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassenden Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzuberoücksichtigen (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353). Kreisärzte sind nach ihrer Funktion und beruflichen Stellung Fachärzte im Bereich der Unfallmedizin. Da sie ausschliesslich Unfallpatienten, Körperschädigungen im Sinne des Art. 6 Abs. 2 UVG und Berufskrankheiten diagnostisch beurteilen und therapeutisch begleiten, verfügen sie über besonders ausgeprägte traumatologische Kenntnisse und Erfahrungen. Dies gilt unabhängig von ihrem ursprünglich erworbenen Facharztstitel (Urteile des Bundesgerichts [BGer] 8C_584/2023 vom 6. Mai 2024 E. 5.6 und 8C_51/2023 vom 15. Juni 2023 E. 5.2). Nichts anderes gilt für die Ärztinnen und Ärzte der Versicherungsmedizin der Suva, wobei Dr. med. F._____ als Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates bereits aufgrund seiner Ausbildung über die erforderliche fachliche Qualifikation verfügt.

3.4 Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 20. Juni 2024 (act. II 60) auf die Aktenbeurteilungen von Dr. med. F._____ vom 11. März 2024 (act. II 40) und vom 30. Mai 2024 ab (act. II 57). Diese erfüllen die höchstrichterlichen Beweisforderungen und erbringen vollen Beweis (E. 3.4.1 hiuvor). Allein der Umstand, dass Dr. med. F._____ den Beschwerdeführer nicht persönlich untersuchte, vermag die Aktenberichte nicht in Zweifel zu ziehen. Der Versicherungsmediziner berücksichtigte sämtliche Akten, insbesondere auch die bildge-

benden Befundberichte (act. II 17, 22), welche ein vollständiges Bild über Anamnese und Befunde ergaben (vgl. SVR 2020 IV Nr. 38 S. 133, 9C_651/2019 E. 4.3). Die Beurteilung von Dr. med. F._____, dass der Radiologe des Zentrums E._____ keine unfallbedingten strukturellen Läsionen und kein Narbenimpingement festgestellt habe (act. II 22, 40, 57), ist nachvollziehbar und überzeugt. Die Schlussfolgerung des Versicherungsmediziners, durch das Ereignis vom TT. Oktober 2023 sei es zwar zu einer Distorsion des linken OSG gekommen, bildgebend sei jedoch einzig eine nicht unfallkausale Tendinopathie der Peroneus brevis-Sehne ersichtlich gewesen (act. II 22, 40, 57) und auch bei einem symptomatisch gewordenen degenerativen Vorzustand (die im MRI ersichtliche Tendinopathie) spielten die Unfallfolgen der Distorsion des OSG im natürlichen Verlauf erfahrungsgemäss nach acht Wochen keine Rolle mehr, leuchtet ein und ist schlüssig. Daran hielt Dr. med. F._____ in den überzeugend begründeten Stellungnahmen vom 30. Mai 2024 (act. II 57) und 30. Mai 2025 (act. IIA 1) fest.

Durch den Bericht der behandelnden Orthopädin Dr. med. G._____ vom 16. April 2024 (act. II 54) und deren Stellungnahme vom 29. Oktober 2024 (act. I 3) bestehen betreffend der schlüssigen Beurteilung von Dr. med. F._____ nicht einmal geringe Zweifel (E. 3.3.2 hiavor). Dr. med. G._____ wertete im Bericht vom 29. Oktober 2024 die leichte Tendinopathie der Peroneus brevis-Sehne ebenfalls als unabhängig vom Unfall (act. I 3). Demgegenüber lag ihrer Ansicht nach eine minimale (leichte) Verdickung des ATFL vor (act. II 54), was sie als posttraumatische Veränderung einschätzte (act. I 3) und weshalb sie in der Folge bei Druckdolenz und persistierenden Schmerzen im März 2024 eine Infiltration vornahm (act. II 54/2). Es kann hier offenbleiben, ob der Interpretation der bildgebenden Befunde durch die behandelnde Orthopädin überhaupt zu folgen und von einer (allfälligen) leichten Verdickung des ATFL auszugehen ist, beschrieb doch der Radiologe des Zentrums E._____ im MRI-Befundbericht vom 8. Januar 2024 seinerseits das ATFL als unauffällig ("In Kontinuität abgrenzbares Lig. fibulotalare anterius ohne wesentliche Verdickung" [act. II 22]), was denn auch Dr. med. G._____ anerkannte (act. I 3). Denn Dr. med. F._____ entkräftete nachvollziehbar begründet die Darstellung einer posttraumatischen Veränderung des ATFL mit minimaler

Verdickung als Ursache für die weiterhin geltend gemachten Beschwerden, erachtete er doch als erstellt, dass selbst bei einer (allfälligen) leichten Verdickung des ATFL eine solche drei Monate nach dem Unfallereignis vom TT. Oktober 2023 nicht (mehr) überwiegend wahrscheinlich Folge dieses Ereignisses wäre bzw. ist (act. II 57). Im Bericht vom 16. April 2024 hatte die behandelnde Dr. med. G._____ ferner ein (bloss) *mögliches* Weichteilimpingement erwähnt (act. II 54; E. 2.5 hiervor). Im Bericht vom 29. Oktober 2024 (act. I 3) ging sie sodann davon aus, es habe sich ein Weichteilimpingement – nach Kapselbandverletzung mit Verdickung des ATFSs als Teil der Gelenkkapsel – entwickelt, welches auf die von ihr im März 2024 vorgenommene Gelenksinfiltration angesprochen habe (act. I 3). Der Versicherungsmediziner Dr. med. F._____ setzte sich mit dieser als bloss möglich erachteten Einschätzung in der schlüssig begründeten ärztlichen Beurteilung vom 30. Mai 2025 (act. IIA 1) auseinander und bestätigte, dass es zwar möglich sei, dass narbige Bandreste im Weichgewebe den Gelenkraum einengen und das Gelenkspiel vermindern könnten. Vorliegend sei jedoch im MRI vom 8. Januar 2024 mit Kontrastmittel, welches eine Hypertrophie des Gewebes darzustellen vermöge, keine pathologische Weichteilgewebsformation ersichtlich gewesen. Mit Blick auf die klare Aussage des Radiologen des Zentrums E._____ (act. II 22), es bestehe kein Hinweis auf ein Narbenimpingement, leuchtet diese Beurteilung ohne weiteres ein. Damit steht fest, dass die behandelnde Orthopädin von einer Interpretation der Befunde ausgeht, die derjenigen des fachlich zuständigen Radiologen widerspricht.

3.5 Schliesslich verfängt auch die beschwerdeweise erhobene Kritik (Beschwerde S. 4 Ziff. III Art. 3 Ziff. 3) bezüglich des Begriffs "Arthrose" nicht. Dr. med. F._____ stellte in der Kurzbeurteilung vom 18. September 2024 klar, dass der in der Kurzbeurteilung vom 30. Mai 2024 verwendete Begriff "Arthrose" (act. II 40) durch "Tendinopathie" ersetzt werden müsse, ansonsten habe er auch nicht behauptet, dass eine Arthrose beschwerdeursächlich gewesen sei. Da es sich diesbezüglich in der Kurzbeurteilung vom 18. September 2024 um einen offensichtlichen Verschieb handelte, der nun kargestellt wurde, ergibt sich auch keine inhaltliche Korrektur der überzeugenden Beurteilung von Dr. med. F._____.

3.6 Die Aktenbeurteilungen des Versicherungsmediziners bilden eine hinreichende medizinische Grundlage für die Beurteilung des anspruchrelevanten Sachverhalts. Weitere medizinische Sachverhaltsabklärungen (vgl. Beschwerde S. 2 Ziff. I/2) erübrigen sich in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 151 V 258 E. 4.4 S. 262, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 162, 9C_296/2018 E. 4).

3.7 Nach dem Gesagten ist erstellt, dass der Beschwerdeführer beim Ereignis vom TT. Oktober 2023 (Misstritt auf der Treppe) zwar eine Distorsion des linken OSG erlitt, jedoch klinisch und bildgebend (radiologisch und im MRI mit Kontrastmittel) keine unfallbedingten strukturellen Läsionen festgestellt wurden, sondern bloss eine unfallfremde leichte Tendinitis der Peroneus brevis-Sehne ersichtlich war (act. II 22, 40, 57). Das Ereignis vom TT. Oktober 2023 führte somit überwiegend wahrscheinlich (E. 2.5 hiervor) zu keinen unfallbedingten strukturellen Verletzungen und der Misstritt war spätestens acht Wochen danach nicht (mehr) Teilursache der weiterhin geklagten Beschwerden. Die Beschwerdegegnerin hat deshalb folgerichtig die gesetzlichen Leistungen per 20. Dezember 2023 eingestellt.

Damit ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 20. Juni 2024 (act. II 60) nicht zu beanstanden und die Beschwerde ist abzuweisen.

4.

4.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. f^{bis} ATSG (Umkehrschluss; vgl. auch BBI 2018 1639) sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - Suva
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.