

Tribunale federale
Tribunal federal

{T 7}
U 49/06

Urteil vom 22. November 2007
I. sozialrechtliche Abteilung

Besetzung
Bundesrichter Ursprung, Präsident,
Bundesrichterin Widmer, Bundesrichter Frésard,
Gerichtsschreiberin Fleischanderl.

Parteien
B._____, 1964, Beschwerdeführer,
vertreten durch Rechtsanwältin Christine Fleisch, Langstrasse 4, 8004 Zürich,

gegen

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA), Fluhmattstrasse 1, 6004 Luzern, Beschwerdegegnerin.

Gegenstand
Unfallversicherung,

Verwaltungsgerichtsbeschwerde gegen den Entscheid des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 28. Dezember 2005.

Sachverhalt:

A.

Der 1964 geborene B._____, seit März 1990 als Maler bei der Q._____ AG angestellt und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) u.a. gegen die Folgen von Berufsunfällen versichert, fiel am 16. Oktober 2001, als die von ihm benutzte Leiter während Malerarbeiten umstürzte, zu Boden und schlug sich dabei die rechte Schulter an. Die am 22. Oktober 2001 erstmals konsultierte Hausärztin Frau Dr. med. V._____, Allgemeine Medizin, fand radiologisch keine Anhaltspunkte für eine ossäre traumatische Läsion, bescheinigte dem Versicherten zufolge Schmerzhaftigkeit und Bewegungseinschränkung im Bereich der rechten Schulter aber weiterhin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Arztzeugnis UVG vom 7. November 2001). Nachdem trotz intensiver physiotherapeutischer Massnahmen sowie antirheumatischer Medikation keine Besserung der Beschwerden eintrat, wurde am 4. Dezember 2001 eine MR-Arthrographie durchgeführt. Diese zeigte einen umschriebenen Kontusionsherd latero-cranial des Humeruskopfes mit partieller Ruptur der Supraspinatussehne nahe der Ansatzstelle. Ab 28. Januar 2002 wurde der Versicherte als zu 50 % arbeitsfähig eingestuft (Berichte des Dr. med. U._____, Oberarzt Chirurgie, Spital A._____, vom 21.

Januar 2002 und des Kreisarztes Dr. med. L._____, FMH für Chirurgie, vom 25. Januar 2002). Ein entsprechender Arbeitsversuch scheiterte indessen auf Grund starker Schulterschmerzen, sodass in der Folge am 21. Februar 2002 eine Arthroskopie, eine Acromioplastik und eine Rotatorenmanschettennaht rechts vorgenommen wurden (Operationsbericht des Dr. med. U._____ vom 21. Februar 2002). Eine anschliessende stabilisierende physikalische Therapie vermochte keine Besserung der Beschwerden zu bewirken (Bericht des Dr. med. U._____ vom 24. Juli 2002), weshalb vom 9. Oktober bis 20. November 2002 eine stationäre Abklärung in der Rehaklinik X._____ stattfand (Austrittsbericht vom 25. November 2002). Gestützt auf deren Beurteilung, wonach eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit ohne längerdauernde Verrichtungen über Brusthöhe und ohne repetitive Hebearbeiten mit dem rechten Arm ganztags zumutbar sei, kündigte die SUVA mit Schreiben vom 20. Dezember 2002 die Einstellung der bisher erbrachten Taggeldleistungen per Ende Januar 2003 an. Am 17. Januar 2003 nahm der Kreisarzt Dr. med. T._____, Facharzt FMH für Chirurgie, die Abschlussuntersu-

chung vor. Auf dieser Basis sowie gestützt auf Berichte des Dr. med. H._____, Oberarzt Orthopädie, Klinik Y._____, vom 8. und 15. Mai sowie 25. Juli 2003 und des Prof. Dr. med. R._____, Leitender Arzt Schmerzzentrum, Klinik Y._____, vom 1. Juli 2003 stellte die SUVA am 11. Dezember 2003 wegen fehlender Behandlungsindikation auch ihre Heilkostenleistungen ein. Mit Verfügung vom 7. Januar 2004 sprach sie dem Versicherten, welcher seit der Auflösung des Arbeitsverhältnisses durch die Arbeitgeberin auf Ende Januar 2003 keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgeht, rückwirkend ab 1. Februar 2003 eine Invalidenrente auf der Grundlage einer Erwerbsunfähigkeit von 25 % sowie eine Integritätsentschädigung basierend auf einer Integritätseinbusse von 10 % zu. Daran wurde auf Einsprache hin festgehalten (Einspracheentscheid vom 25. August 2004).

B.

Die hiegegen eingereichte Beschwerde wies das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich ab (Entscheid vom 28. Dezember 2005). Im Rahmen des Verfahrens waren seitens der Parteien u.a. Berichte und Gutachten der Frau Dr. med. V._____ vom 16. Juni 2004, der Klinik C._____, Orthopädie, vom 29. September 2004, der Interdisziplinären Schmerzsprechstunde, Spital Z._____, vom 7. Dezember 2004, des Dr. med. J._____, Spezialarzt FMH für orthopädische Chirurgie, vom 18. März und 21. Juni 2005, des Dr. med. S._____, Oberarzt Orthopädie, Klinik Y._____, vom 18. Mai 2005 sowie des Dr. med. P._____, Facharzt FMH für Chirurgie, SUVA Versicherungsmedizin, vom 20. September 2005 zu den Akten gegeben worden.

C.

B._____ lässt - in Auflegung eines weiteren Berichtes des Dr. med. S._____ vom 6. April 2005 - Verwaltungsgerichtsbeschwerde führen und beantragen, in Aufhebung des vorinstanzlichen Entscheides seien ihm eine Invalidenrente gestützt auf eine Erwerbsunfähigkeit von 77 % sowie eine einem Integritätsschaden von 25 % entsprechende Integritätsentschädigung zuzusprechen. Ferner sei ihm die unentgeltliche Verbeiständung zu gewähren.

Während die SUVA auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde schliessen lässt, verzichtet das Bundesamt für Gesundheit auf eine Vernehmlassung.

Erwägungen:

1.

Das Bundesgesetz über das Bundesgericht vom 17. Juni 2005 (BGG; SR 173.110) ist am 1. Januar 2007 in Kraft getreten (AS 2006 1205, 1243). Da der angefochtene Entscheid am 28. Dezember 2005 und daher vorher ergangen ist, richtet sich das Verfahren noch nach OG (Art. 132 Abs. 1 BGG; BGE 132 V 393 E. 1.2 S. 395).

2.

2.1 Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer als Folge des Sturzes vom 16. Oktober 2001 Anspruch auf höhere als die ihm durch die Beschwerdegegnerin zugesprochenen Leistungen (Rente, Integritätsentschädigung) hat. Massgebend ist hierfür rechtsprechungsgemäss der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass des Einspracheentscheides (vom 25. August 2004) entwickelt hat (BGE 130 V 445 E. 1.2 [mit Hinweisen] S. 446).

2.2 Im angefochtenen Entscheid wurden die vorliegend massgeblichen Bestimmungen (Art. 6 UVG [in Verbindung mit Art. 4 ATSG; Unfallbegriff], Art. 18 Abs. 1 UVG [in Verbindung mit Art. 8 ATSG; Anspruch auf Invalidenrente], Art. 24 f. UVG [in Verbindung mit Art. 36 UVV und Anhang 3 zur UVV; Anspruch auf Integritätsentschädigung; BGE 115 V 147 E. 1 mit Hinweis; RKUV 2001 Nr. U 445 S. 555, U 40/01]) und Grundsätze (zur Ermittlung des Invaliditätsgrades nach der Methode des Einkommensvergleichs [Art. 1 Abs. 1 UVG, in der seit 1. Januar 2003 gültigen Fassung, in Verbindung mit Art. 16 ATSG; vgl. bis 31. Dezember 2002: Art. 18 Abs. 2 Satz 2 UVG; BGE 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481, 126 V 75 E. 3b/bb S. 76 f., 124 V 321 E. 3b/aa S. 322 f.; AHI 2000 S. 81 E. 2a]; zum Erfordernis des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden im Allgemeinen [BGE 129 V 177 E. 3.1 [mit Hinweis] S. 181, 402 E. 2.2 S. 405] und bei psychischen Beschwerden im Besonderen [BGE 115 V 133]) richtig wiedergegeben. Darauf wird verwiesen. Zutreffend sind die vorinstanzlichen Erwägungen auch insofern, als die im ATSG enthaltenen Definitionen der Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG), der Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG) und der Invalidität (Art. 8 ATSG) ebenso wie die Vorschrift über die Bestimmung des Invaliditätsgrades bei erwerbstätigen Versicherten (Art. 16 ATSG) den bisherigen, in der Unfallversicherung von der Rechtsprechung dazu entwickelten Begriffen entsprechen (vgl. auch RKUV 2004 Nr. U 529 S. 574 f. E. 1.3, 1.3.1-1.3.4 und 1.4, U

192/03).

Zu ergänzen ist, dass das am 1. Januar 2003 in Kraft getretene ATSG auch am unfallversicherungsrechtlichen Begriff des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs und an dessen Bedeutung als Voraussetzung für die Leistungspflicht nach UVG nichts geändert hat (Urteil U 218/04 vom 3. März 2005, E. 2 mit Hinweis; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, N 20 zu Art. 4). Die bisher dazu ergangene Rechtsprechung bleibt deshalb nach wie vor massgeblich. Für die Frage des intertemporal anwendbaren Rechts ist somit nicht von Belang, dass der dem vorliegend zu beurteilenden Sachverhalt zu Grunde liegende Unfall vom 16. Oktober 2001 datiert, der Einspracheentscheid aber erst am 25. August 2004 - und damit nach Inkrafttreten des ATSG - erlassen wurde (vgl. BGE 130 V 318, 329 und 445).

3.

3.1 Anlässlich des Sturzes vom 16. Oktober 2001 erlitt der Beschwerdeführer eine Kontusion der rechten Schulter ohne Nachweis einer ossären Läsion (umschriebener Kontusionsherd am Humeruskopf, partielle Ruptur der Supraspinatussehne nahe der Ansatzstelle; Berichte der Frau Dr. med. V. _____ vom 7. November 2001, des Dr. med. U. _____ vom 21. Januar 2002 und des Dr. med. L. _____ vom 25. Januar 2002). Nachdem ein für den 28. Januar 2002 im Rahmen eines 50 %-Pensums vorgesehener Arbeitsversuch gescheitert war und konservative Behandlungsmassnahmen keine namhafte Besserung des Beschwerdebildes herbeigeführt hatten, erfolgte am 21. Februar 2002 eine operative Versorgung (Arthroskopie, Acromioplastik und Rotatorenmanschettennaht; Bericht des Dr. med. U. _____ vom 21. Februar 2002). Ein am 22. Juli 2002 durchgeführtes MRI ergab weitgehend unauffällige Befunde in Form einer intakten Rotatorenmanschette, eines genügend weiten Subacromial-Raumes sowie eines - im Rahmen der postoperativen Veränderungen erklärbaren - leichten Ergusses im Bereich der Bursa subacromialis (Bericht des Dr. med. U. _____ vom 24. Juli 2002 [samt Bericht des Instituts für Röntgendiagnostik, Spital A. _____, vom 22. Juli 2002]). Die während des Aufenthaltes in der Rehaklinik X. _____ vom 9. Oktober bis 20. November 2002 vorgenommenen Untersuchungen verdeutlichten eine posttraumatisch bedingte Periarthropathia humero-scapularis mit vor allem kapsulär eingeschränkter Beweglichkeit der rechten Schulter und Schmerzen bei Status nach arthroskopischer Acromioplastik im Februar 2002; das im Juli 2002 durchgeführte Arthro-MRI habe intakte Sehnenstrukturen gezeigt. Die Klinikärzte bescheinigten dem Versicherten auf Grund der bestehenden gesundheitlichen Verhältnisse aus rein somatisch funktioneller Sicht die Fähigkeit, eine leichte bis mittelschwere Arbeit ganztags ohne repetitive Tätigkeiten über Brusthöhe und ohne wiederholtes Heben mit dem rechten Arm auszuüben (Austrittsbericht vom 25. November 2002). Bei unverändertem Befund wurde diese Beurteilung im Rahmen der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung vom 17. Januar 2003 bestätigt. Anlässlich der durch Überweisung der Hausärztin am 22. April und 6. Mai 2003 in der Schultersprechstunde der Klinik Y. _____ veranlassten Konsultationen wurde erstmals als Begründung für die chronischen Schulterschmerzen der Verdacht einer narbigen Dehiszenz des ventralen Musculus deltoideus genannt; zufolge der periscapulären Schmerzsymptomatik wurde der Beizug des Schmerzspezialisten Prof. Dr. med. R. _____ empfohlen (Berichte des Dr. med. H. _____ vom 8. und 15. Mai 2003). Dieser führte mit Bericht vom 1. Juli 2003 aus, dass zusätzlich eine gewisse Symptomausweitung im Bereich der rechten Schulter, teilweise auch darüber hinaus (am ehesten als Ausdruck einer muskulären Dysbalance), habe festgestellt werden können. Am 25. Juli 2003 vermerkte Dr. med. H. _____ gegenüber der Beschwerdegegnerin, dass er, nachdem er den Patienten am 23. Juli 2003 erneut für eine Zwischenkontrolle gesehen habe, seine anfängliche Vermutung, wonach die Dehiszenz des Deltamuskels das Hauptproblem der Beschwerden darstelle, stark hinterfrage. Die besagten Schmerzpunkte an Nacken und Scapula könnten mit einer erneuten Operation mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht verbessert werden. Die Ursächlichkeit sehe er zur Hauptsache in der beruflichen Neuorientierung des Versicherten. Allenfalls sei eine rheumatologische Behandlung der an ein myofaszielles Schmerzsyndrom erinnernden Pathologie indiziert. Nachdem die Schmerzen im rechten Schulterbereich persistierten, überwies die Hausärztin Frau Dr. med. V. _____ den Beschwerdeführer mit Schreiben vom 16. Juni 2004 sowohl an die Interdisziplinäre Schmerzprechstunde, Institut für Anästhesiologie, Spital Z. _____, wie auch an die Schultersprechstunde, Orthopädische Klinik C. _____. Letztere ergab auf der Grundlage eines am 20. September 2004 erhobenen MRI-Befundes eine unverändert befundarme Situation mit leicht aufgerauhtem AC-Gelenk bei Kontinuität der erhaltenen Rotatorenmanschettenrekonstruktion des Supraspinatus. Anzeichen einer Bizepssehnenpathologie wurden ebenso ausgeschlossen wie Hinweise auf eine Subscapularis- oder Infraspinatusläsion. Der Musculus deltoideus wurde als über den ganzen Verlauf intakt beschrieben. Im Bericht vom 29. September 2004 schlugen die Ärzte der Klinik C. _____ eine rheumatologische Abklärung der Schmerzsituation

mit Frage nach einem myofaszialen Schmerzsyndrom vor. Als Ergebnis der am Spital Z._____ durchgeführten interdisziplinären Sprechstunde diagnostizierten die - der anästhesiologischen, neurologischen, psychosozial medizinischen sowie rheumatologischen Fachrichtung zugehörigen - Ärzte ein chronisch-myofaszielles Schmerzsyndrom der rechten Schulter bei/mit Status nach Sturz am 16. Oktober 2001 mit partieller Supraspinatus-Ruptur, arthroskopischer Acromioplastik und Rotatorenmanschettennaht im Februar 2002

sowie einer sekundären Wirbelsäulenfehlhaltung mit muskulärer Dysbalance. Sie beurteilten das Schultergelenk in ihrem Bericht vom 7. Dezember 2004 als organisch gesund und "lediglich" durch die vom Patienten empfundenen Schmerzen in seiner Funktion eingeschränkt. Auf Intervention des Orthopäden Dr. med. J._____ vom 18. März 2005 hin wurde der Versicherte am 6. April und 18. Mai 2005 erneut im Rahmen der Schultersprechstunde der Klinik Y._____ untersucht. Der nunmehr involvierte Dr. med. S._____ stellte in seinen jeweils gleichentags verfassten Berichten insbesondere die Diagnose chronischer Schulter Schmerzen rechts bei hohem Verdacht auf Dehiszenz des ventralen Musculus deltoideus sowie des Verdachts auf Knochen-sporn versus Exostose margo superior scapulae rechts mit palpierbarer Induration. Im zweitgenannten Bericht wurde des Weiteren ausgeführt, dass sich CT-tomographisch keine Halsrippe und kein ossärer Vorsprung in Höhe der medio-cranialen Scapula, welche die Muskelindurationen im Bereich des Trapezius zu erklären vermöchten, zeigten. Die Schmerzmanifestation und die Angaben der Parästhesien seien zu diffus, als dass durch eine Operation im Bereich des Deltoideus rechts das Problem gelöst werden könnte. Im Übrigen sei die Deltoideusnarbe nicht so gross, dass daraus eine relevante Insuffizienz resultiere. In erster Linie empfehle er eine intensive Tripperpunktmassage, eine Myorelaxation sowie ein Muskelbalance-Training. Langfristig sei die rechte Schulter für körperlich belastende Tätigkeiten nicht mehr einsetzbar. Dr. med. J._____ gelangte seinerseits mit Gutachten vom 21. Juni 2005 zum Ergebnis, dass chronische Schulter Schmerzen rechts bei/mit persistierender flächenhafter Unterflächenläsion anterodistal des Musculus supraspinatus, Dehiszenz des ventralen Musculus deltoideus, Status nach Arthroskopie und offener Acromioplastik sowie Rotatorenmanschettennaht bei partieller Ruptur der Supraspinatussehne am 4. Dezember 2001 und Entwicklung eines chronisch-myofaszialen Schmerzsyndroms mit sekundärer Wirbelsäulenfehlhaltung mit muskulärer Dysbalance bestünden. Das Zumutbarkeitsprofil für die rechte Schulter legte er im Rahmen von höchstens in einem 33 %-Pensum ausführbaren wechselbelastenden Tätigkeiten wie folgt fest: Belastungseinschränkung bis Hüfthöhe zehn Kilogramm vereinzelt, über Hüfthöhe zwei Kilogramm, nicht repetitiv, im Bewegungsumfang bis maximal Schulterhöhe. Nicht zumutbar seien repetitive kraftvolle Bewegungen des rechten Armes, ziehen, stossen, drehen sowie eine Arbeitsfläche auf Tischhöhe. Dr. med. P._____ beurteilte die Schlussfolgerungen des Dr. med. J._____ in seiner Stellungnahme vom 20. September 2005 als nicht nachvollziehbar und verwies diagnostisch wie auch hinsichtlich der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung namentlich auf die nach seiner Ansicht überzeugend begründeten Berichte der Rehaklinik X._____ vom 25. November 2002, des Kreisarztes Dr. med. T._____ vom 17. Januar 2003 und der interdisziplinären Sprechstunde am Spital Z._____ vom 7. Dezember 2004.

3.2 Unbestrittenermassen ist der Beschwerdeführer nach der geschilderten Aktenlage auf Grund der Unfallfolgen nicht mehr imstande, seinen angestammten Beruf als Maler auszuüben. Was die in einer dem Schulterleiden adaptierten Tätigkeit noch realisierbare Leistungsfähigkeit anbelangt, hatten die Ärzte der Rehaklinik X._____ ihrer - durch die Dres. med. T._____ und P._____ bestätigten - Beurteilung vom 25. November 2002 zwar weder den Befund einer Unterflächenläsion des Supraspinatus noch einer narbigen Dehiszenz des vorderen Musculus deltoideus zugrunde gelegt - letztgenannter wurde erstmals anlässlich der Untersuchungen durch Dr. med. H._____ mit Berichten vom 8. und 15. Mai 2003 als Verdachtsdiagnose geäussert -, doch lässt sich allein gestützt darauf keine weitergehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit herleiten. Zum einen hatte Dr. med. H._____ selber die Bedeutung dieses Befundes innerhalb des gesamten Beschwerdebildes am 25. Juli 2003 wiederum stark relativiert und dessen Hauptproblematik auf eine "an ein myofaszielles Schmerzsyndrom erinnernde Pathologie" zurückgeführt. Die Ärzte der Klinik C._____ beschrieben ferner anlässlich ihrer Schultersprechstunde (gemäss Bericht vom 29. September 2004) ebenfalls einen "über den ganzen Verlauf" intakten Musculus deltoideus und empfahlen eine rheumatologische Abklärung der Schmerzsituation mit Hauptgewicht auf der Frage nach einem myofaszialen Schmerzsyndrom. Die im Dezember 2004 am Spital Z._____ durchgeführte Interdisziplinäre Schmerzsprechstunde ergab als Hauptdiagnose ebenfalls ein chronisch-myofaszielles Schmerzsyndrom der rechten Schulter, woran - auch nach Gesprächen mit Dr. med. J._____ - grundsätzlich festgehalten wurde (vgl. Bericht des PD Dr. med. O._____, Oberarzt, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, Spital Z._____, vom 13. Mai

2005; Gutachten des Dr. med. J. _____ vom 21. Juni 2005, S. 11). In den Berichten des Orthopäden Dr. med. S. _____ vom 6. April und 18. Mai 2005 wurde der Verdacht auf Dehiszenz des ventralen Musculus deltoideus schliesslich zwar erneut erwähnt, eine daraus resultierende Insuffizienz aber klar verneint.

Vor diesem Hintergrund erscheint es zwar nicht ausgeschlossen, dass eine muskuläre Dehiszenz im genannten Sinne besteht. Mit Dr. med. P. _____ - sowie Vorinstanz und Beschwerdegegnerin - ist eine darauf zurückzuführende namhafte Beeinträchtigung des erwerblichen Leistungsvermögens aber auszuschliessen. Dasselbe hat nach Lage der medizinischen Akten auch für eine mögliche Unterflächenläsion des Supraspinatus (im Sinne einer fehlerhaft genähten Supraspinatussehne) zu gelten. Rechnung zu tragen ist in diesem Zusammenhang bezogen auf die als einzige einen gegensätzlichen Standpunkt vertretenden Dres. med. V. _____ und J. _____ insbesondere auch der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E 3b/cc [mit Hinweisen] S. 353). Dieser Vorbehalt hat auch auf einen Patienten über einen längeren Zeitraum regelmässig behandelnde Spezialärzte zu gelten (Urteil I 655/05 vom 20. März 2006, E. 5.4 mit Hinweisen).

3.3 Übereinstimmend sind die involvierten Ärzte zum Schluss gelangt, dass die Schmerzproblematik im rechten Schulterbereich zusehends (auch) durch ein myofaszielles Syndrom geprägt ist.

3.3.1 Das myofaszielle Syndrom ist ein Krankheitsbild, welches sich durch regionale oder generalisierte Muskelschmerzen und damit zusammenhängende Beschwerdebilder charakterisiert. Als entscheidendes Kriterium für die Diagnosestellung gilt das Vorliegen sogenannter Triggerpunkte. Dabei handelt es sich um lokale Muskelverspannungen, die einen Übertragungsschmerz ("referred pain") in einer für jeden Muskel spezifischen Zone (Reflexzone) auslösen. Im Sinne einer Kettenreaktion können in weiteren Muskeln zusätzliche Triggerpunkte entstehen, welche durch Überlagerung der Referenzonen zu teilweise sehr komplexen Schmerzmustern mit funktionellen Einschränkungen führen können (R. Forst/A. Ingenhorst, Das myofaszielle Syndrom, in: Der Internist, Springer-Verlag, 2005, S. 1207-1217). Triggerpunkte sind durch Palpation klinisch feststellbar und mittels spezifischer Untersuchungsmethoden ansatzweise auch objektivierbar (S. Mense, Neue Entwicklungen im Verständnis von Triggerpunkten, in: Manuelle Medizin, Springer-Verlag, 1999, S. 115-120). Nach dem heutigen Stand der medizinischen Wissenschaft fehlt es aber an allgemein anerkannten Kriterien, welche die Existenz von Triggerpunkten und damit auch die Diagnose eines myofasziellen Syndroms objektiv zu belegen vermöchten. Dazu kommt, dass Triggerpunkte mit keiner Ätiopathogenese verbunden sind. Es ist vielmehr anzunehmen, dass mehrere Faktoren - einschliesslich solche konstitutioneller Natur - vorhanden sein müssen, um das Zustandekommen von Triggerpunkten zu ermöglichen (SVR 2007 UV Nr. 26 S. 88 E. 4.1, U 339/06; Urteil U 361/05 vom 16. August 2006, E. 4.1).

Vorliegend fehlt es an objektivierbaren myofasziellen Hinweisen wie beispielsweise Muskelverkürzungen oder Muskelhartspann (vgl. dazu Urteile U 322/05 vom 11. Januar 2007, E. 3.2, und U 393/05 vom 27. April 2006, E. 2.3), noch ist eine - die Entwicklung des Schmerzsyndroms möglicherweise begünstigende - Fehlbelastung des lädierten Schultergelenkes ausgewiesen. Vielmehr deutet die entsprechende Diagnose auf eine funktionelle Störung hin, wofür auch der Umstand spricht, dass sich die Beschwerden im Laufe der Zeit ausgeweitet haben und durch zahlreiche Therapiemassnahmen nicht beeinflusst werden konnten (Urteil U 322/05 vom 11. Januar 2007, E. 3.1 mit Hinweis). Fehlt es somit an mit der betreffenden Gesundheitsstörung korrelierenden, fachärztlich schlüssig feststellbaren Befunden, besteht kein Anlass, von der bisherigen Rechtsprechung abzugehen, wonach das myofaszielle Schmerzsyndrom nicht als organisch hinreichend nachweisbare Unfallfolge zu betrachten ist.

3.3.2 Ob es sich beim diagnostizierten myofasziellen Schmerzsyndrom überhaupt um eine - natürlich kausale - Folge des Unfallereignisses vom 16. Oktober 2001 handelt, kann, wie sich aus dem Folgenden ergibt, alsdann bereits zufolge mangelnder Adäquanz des Kausalzusammenhangs dahingestellt bleiben.

3.3.2.1 Ausgehend von Art und Pathogenese der Störung sowie unter Berücksichtigung der jeweiligen konkreten unfallfremden Faktoren hat das Eidgenössische Versicherungsgericht die Fibromyalgie als selbstständige sekundäre Gesundheitsschädigung gewertet und die Adäquanzprüfung bei solchen Schädigungen nach den für psychische Unfallfolgen geltenden Kriterien vorgenommen (und in casu nicht nach den für Schleudertraumen oder schleudertraumaähnliche Verletzungen der Halswirbelsäule; RKUV 2001 Nr. U 412 S. 79, U 96/00; SVR 2007 UV Nr. 26 S. 89 E. 5.1 mit Hinweisen). Es liegt nahe, diese Praxis auch auf das myofaszielle Syndrom anzuwenden, insbesondere wenn es sich - wie hier - nicht mehr nur um ein lokales, sondern um ein sich "jetzt etablierendes generalisiertes" Syndrom (vgl. Gutachten des Dr. med. J. _____ vom 21. Juni 2005, S. 23) handelt (SVR 2007 UV Nr. 26 S. 89 E. 5.1). Der Umstand, dass es im vorliegenden Fall (noch) an eindeutigen

Anzeichen für eine wesentliche psychische Beeinflussung der Beschwerden, etwa in Form einer somatoformen Schmerzstörung, fehlt, vermag daran nichts zu ändern.

3.3.2.2 Rechtsprechungsgemäss werden gewöhnliche Stürze als leichte Unfälle qualifiziert, deren adäquat kausaler Bezug zur psychisch bedingten Erwerbsunfähigkeit in der Regel ohne weiteres verneint werden kann (BGE 115 V 133 E. 6a S. 139; Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, UVG, Zürich/Basel/Genf 2003, S. 54). Ob es sich beim vorliegend zu beurteilenden Unfallereignis - der Beschwerdeführer stand auf einer kleinen Fünffrittleiter auf der zweituntersten Stufe, als das Abdeckmaterial auf dem Boden wegrutschte, die Leiter umkippte und er zu Boden fiel und sich u.a. die rechte Schulter verletzte (Bericht der SUVA-Aussendienstmitarbeiterin vom 29. April 2002) - mit Vorinstanz und Beschwerdegegnerin um einen derartigen banalen Vorfall oder aber um ein mittelschweres Geschehen im Grenzbereich zu den leichten Unfällen handelt, braucht nicht abschliessend beantwortet zu werden. Wäre der Sturz dem mittleren Bereich auf der Schwelle zu den leichten Unfällen zuzuordnen, müssten die massgebenden - nur auf ihre physische Beschwerderelevanz hin zu prüfenden (BGE 117 V 359 E. 6a in fine S. 367) - Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden könnte (BGE 115 V

133 E. 6c/bb S. 141). Dafür bestehen jedoch weder nach Lage der Akten noch auf Grund der Vorbringen des Beschwerdeführers Anhaltspunkte. Dasselbe gälte im Übrigen, wenn zwar von einem objektiv leichten Charakter des erlittenen Unfalles auszugehen wäre, dieser aber dennoch ausnahmsweise als geeignet erschiene, eine auf psychische Gründe zurückzuführende Leistungsverminderung hervorzurufen (RKUV 1992 Nr. U 154 S. 249; Rumo-Jungo, a.a.O., S. 54 in fine f.).

Eine allfällige, im myofaszialen Schmerzsyndrom gründende Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit hat im vorliegenden Verfahren mithin unbeachtlich zu bleiben. Dem Beschwerdeführer ist aus unfallversicherungsrechtlicher Sicht demnach eine leidensadaptierte berufliche Tätigkeit ganztags zumutbar.

3.4 Die erwerblichen Auswirkungen der festgestellten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit werden im letztinstanzlichen Verfahren nurmehr mit Blick auf die Festsetzung des Einkommens, das trotz Gesundheitsschädigung noch erzielt werden könnte (Invalideneinkommen), beanstandet. Der hypothetische Verdienst ohne Behinderung (Valideneinkommen) beläuft sich für das Vergleichsjahr 2003 mit kantonalem Gericht und SUVA unbestrittenermassen auf Fr. 60'840.- (13 x Fr. 4680.-; Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin vom 29. Januar 2003). Hinsichtlich der Bemessung des Invalideneinkommens steht fest, dass dem Versicherten trotz seines Schulterleidens noch verschiedene Hilfsarbeiterstellen offenstehen - und zwar entgegen seinen Vorbringen in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde nicht nur im Dienstleistungssektor -, weshalb der tabellarische Totalwert und nicht eine branchenspezifische Angabe relevant ist. Gemäss Tabelle TA1 der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2002 (S. 43) beträgt dieser für im privaten Sektor einfache und repetitive Tätigkeiten (Anforderungsniveau 4) verrichtende Arbeitnehmer bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden Fr. 4557.- monatlich. In Berücksichtigung einer massgeblichen Nominallohnerhöhung von 1,3 % (Die Volkswirtschaft, 7/8 2007, S. 91, Tabelle B10.3, 2002/2003, Männer [BGE 129 V 408]) sowie aufgerechnet auf die durchschnittliche Wochenarbeitszeit im Jahr 2003 von 41,7 Stunden (Die Volkswirtschaft, a.a.O., S. 90, Tabelle B9.2, Total) resultiert ein Einkommen von Fr. 4812.40 im Monat oder Fr. 57'748.80 jährlich. Die Frage, ob und gegebenenfalls in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, bestimmt sich sodann auf Grund sämtlicher persönlicher und beruflicher Umstände des konkreten Einzelfalles (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad), welche nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen sind, wobei der maximal zulässige Abzug auf 25 % limitiert ist (BGE 126 V 75 E. 5b/cc S. 80; AHI 2002 S. 67 ff. E. 4, I 82/01). Während der Beschwerdeführer auf Grund seines Alters eine - wenn auch nur äusserst geringe - Lohneinbusse zu gewärtigen hat (Jahrgang 1964; vgl. LSE 2002, S. 55, Tabelle TA9, Männer, Median), lassen die Faktoren Beschäftigungsgrad (LSE 2002, S. 28, Tabelle 8*, Männer) und Nationalität/Aufenthaltsberechtigung (LSE 2002, S. 59, Tabelle TA12, Niederlassungsbewilligung C, Männer, Median), jeweils bezogen auf das in Betracht fallende Arbeitssegment, einen im Vergleich zum statistischen Totalwert sogar eher höheren Verdienst erwarten. Ferner nimmt die Bedeutung der Dienstjahre im privaten Sektor ab, je niedriger das Anforderungsprofil ist (vgl. BGE 126 V 75 E. 5a/cc [mit Hinweisen] S. 79). Eine allfällige - nicht bereits durch die Annahme einer vom Tätigkeitsfeld her nur noch eingeschränkt möglichen beruflichen Einsatzfähigkeit berücksichtigte - leidensbedingte Einbusse wird folglich mit dem von der Beschwerdegegnerin vorgenommenen und vorinstanzlich bestätigten Abzug in Höhe von 10 % grosszügig abgegolten. Das Invalideneinkommen beträgt daher Fr. 51'973.90.

Die Gegenüberstellung von Validen- (Fr. 60'840.-) und Invalideneinkommen (Fr. 51'973.90) zeigt deutlich auf, dass selbst unter Beachtung eines vom Beschwerdeführer geltend gemachten Abzugs vom Invalideneinkommen von 20 % kein höherer als der von der SUVA ermittelte Invaliditätsgrad von 25 % resultierte. Es hat deshalb diesbezüglich beim kantonalen Entscheid sein Bewenden.

4.

Hinsichtlich der auf der Grundlage einer Integritätseinbusse von 10 % festgelegten Integritätsentschädigung entsprechen die Erwägungen im vorinstanzlichen Entscheid sowie die Ausführungen im Einspracheentscheid der SUVA vom 25. August 2004, die insbesondere auf die Beurteilung des Integritätsschadens durch Dr. med. T._____ vom 17. Januar 2003 Bezug nehmen, dem Gesetz, der Verordnung und den anwendbaren Richtlinien. Der Beschwerdeführer bringt keine triftigen Gründe vor, die eine abweichende Ermessensausübung als nahe liegender erscheinen liessen (Art. 132 lit. a OG; vgl. zur Ermessenskontrolle: BGE 114 V 315 E. 5a [mit Hinweisen] S. 316), zumal er sich im Wesentlichen auf eine Wiederholung der bereits im kantonalen Verfahren vorgetragenen - und entkräfteten - Einwände beschränkt. Dr. med. T._____ hat mit seiner Einschätzung (10%ige Integritätseinbusse infolge einer mässigen Form der Periarthropathia humeroscapularis [PHS] an der rechten Schulter; vgl. Tabelle 1 der von der SUVA herausgegebenen Richtlinien betreffend Integritätsschaden [Funktionsstörungen an den oberen Extremitäten]; zur Bedeutung dieser sogenannten Feinrastr: BGE 124 V 29 E. 1c S. 32 f., 209 E. 4a/cc S. 211 und RKUV 2004 Nr. U 514 S. 416 E. 5.1, U 134/03)

den konkreten, unfallbedingten gesundheitlichen Verhältnissen vollumfänglich Rechnung getragen. Entgegen den Vorbringen des Versicherten bestehen auf Grund der medizinischen Akten weder Hinweise für eine schwere Form der PHS (siehe u.a. Bericht des Dr. med. P._____ vom 20. September 2005, S. 2 oben), noch vermöchte die bezüglich des Deltamuskels beschriebene Dehiszenz eine zusätzlich abzugeltende Beeinträchtigung im in Art. 36 Abs. 1 UVV beschriebenen Sinne zu begründen. Was schliesslich das in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde auch unter diesem Titel erwähnte Beschwerdebild des myofaszialen Schmerzsyndroms anbelangt, ergibt sich daraus, da keine Unfallfolge darstellend, kein weitergehender Leistungsanspruch.

5.

Der Prozess ist kostenfrei (Art. 134 OG [in der bis 30. Juni 2006 gültig gewesenen, hier massgeblichen Fassung]; E. 1 hievord; vgl. auch SVR 2007 IV Nr. 11 S. 40 E. 1, I 337/06). Dem Gesuch des anwaltlich vertretenen Beschwerdeführers um Verbeiständung kann stattgegeben werden (Art. 152 in Verbindung mit Art. 135 OG), da die Bedürftigkeit aktenkundig ist, die Beschwerde nicht als aussichtslos zu bezeichnen und die Vertretung geboten war (BGE 125 V 201 E. 4a S. 202 und 371 E. 5b S. 372, je mit Hinweisen). Es wird indessen ausdrücklich auf Art. 152 Abs. 3 OG aufmerksam gemacht, wonach die begünstigte Partei der Gerichtskasse Ersatz zu leisten haben wird, wenn sie später dazu im Stande ist.

Demnach erkennt das Bundesgericht:

1.

Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird abgewiesen.

2.

Rechtsanwältin Christine Fleisch, Zürich, wird als unentgeltliche Anwältin des Beschwerdeführers bestellt, und es wird ihr für das bundesgerichtliche Verfahren aus der Gerichtskasse eine Entschädigung von Fr. 2500.- (einschliesslich Mehrwertsteuer) ausgerichtet.

3.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

4.

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

Luzern, 22. November 2007

Im Namen der I. sozialrechtlichen Abteilung
des Schweizerischen Bundesgerichts

Der Präsident: Die Gerichtsschreiberin:

Ursprung Fleischhändler