



FACT SHEET No. 5

Schmerz bei älteren Erwachsenen

Die Welt ist mit einer rasch alternden Demographie konfrontiert. Die Prävalenz des Schmerzes ist, von einer Ausnahme abgesehen, in der Gruppe der älteren Erwachsenen nachweislich am höchsten. [2] Aktuelle Review-Arbeiten von Patientenbefragungen mit großem Stichprobenumfang bestätigen den Verdacht, dass Schmerz mit steigendem Alter zunimmt. Die Studien zeigen einstimmig, dass weibliche Personen anfälliger für Schmerzen sind als männliche. Die meisten Schmerzen werden in Knien, Hüften und dem unteren Rücken berichtet. Weiters sind die Studienautoren einig, dass die Schmerzen meist muskuloskeletale Ursachen haben (Osteoporose oder Arthrose). [13] Alterung und Invalidität vergrößern das Potential für chronischen Schmerz. [8] Die gängigsten Schmerzstellen sind Knie, Hüften und der untere Rücken, oft in Zusammenhang mit Osteoporose und Arthrose. Frauen entwickeln chronischen Schmerz mit höherer Wahrscheinlichkeit und es besteht oft eine Assoziation mit Adipositas (McCarthy et al 2009, Patel et al 2013).

Das erhöhte Risiko, an störenden Schmerzen zu leiden sowie die geminderte Fähigkeit, diese zu bewältigen und potentielle Schäden zu vermeiden, führt zu einer besonderen Vulnerabilität des älteren Segments unserer Gesellschaft. In Pensionistenheimen ist die Inzidenz des neuropathischen Schmerzes besonders hoch. [15] Diese Situation bedeutet eine signifikante Erhöhung des Risikos, an störenden Schmerzen zu leiden.

Schmerz und Leid machen den Betroffenen häufig vulnerabel und dies trifft in besonderem Maße auf ältere Erwachsene zu. Bereits das fortgeschrittene Alter selbst kann zu einem erhöhten Risiko führen, wodurch dieses Bevölkerungssegment möglicherweise doppelt gefährdet ist. Es ist bekannt, dass ältere Erwachsene die höchste Krankheitsinzidenz zeigen, und viele dieser Krankheiten sind schmerzhaft. [3] Die Anzahl von Operationen, Interventionen, Verletzungen [1] und Krankenhausaufenthalten sind ebenfalls in dieser Altersgruppe am höchsten. [12] Altern ist häufig verbunden mit verlangsamter Heilung und schlechterer Genesung nach akuten Verletzungen oder Erkrankungen, was zu einem größeren Risiko führen kann, ein hartnäckiges persistierendes Schmerzproblem zu entwickeln. [10]

Ein weiterer wichtiger Aspekt der Vulnerabilität betrifft das Potential stärkerer Schäden als Antwort auf ein auslösendes Geschehen oder eine auslösende Erkrankung. Ein Teil der älteren Bevölkerung kann durch psychiatrische (besonders Demenz) und medizinische Komorbiditäten, Gebrechlichkeit und verminderte physiologische Reserve nur mehr über eine eingeschränkte Kapazität verfügen, effektiv mit den negativen Aspekten des unbehandelten Schmerzes umzugehen. Polypharmazie und Komorbiditäten können die Anzahl und Arten der zur Verfügung stehenden Behandlungsoptionen weiter einschränken und so das Schmerzmanagement beeinträchtigen. [7] So zeigte eine Studie an 7.609 selbstständig lebenden Erwachsenen, dass 63% der älteren Erwachsenen mit Demenz an chronische Schmerzen leiden, im Vergleich mit 54% der Erwachsenen ohne Demenz. [5] Auf das Fehlen spezieller altersspezifischer Schmerzmanagement-Programme sowie entsprechender Forschung zur Identifikation von Altersunterschieden hinsichtlich Schmerz und seiner Auswirkungen wurde ebenso hingewiesen wie auf das Fehlen randomisierter klinischer Studien an älteren Populationen. [9]

Dies hat zur Folge, dass es nur wenig Evidenz gibt, die die derzeitige klinische Praxis unterstützt, was für ältere Personen mit problematischem Schmerz zu einer größeren Wahrscheinlichkeit von Schäden führt. Zahlreiche Studien befassen sich mit der Selbstbehandlung von Schmerz in dieser Gruppe [6, 14], die vor allem aufgrund eines Fehlens pharmakologischer Optionen notwendig wird.

Trotz unseres steigenden Bewusstseins über die Prävalenz von Schmerz bei älteren Personen und unserem Wissen um den Einfluss von Schmerz auf diese Gruppe, bleibt die Unterbehandlung häufig. Vorurteile auf Seiten der medizinischen Fachberufe, aber auch unter den älteren Erwachsenen selbst stehen einer adäquaten Schmerzbehandlung im Wege. Eine interessante Arbeit von Thielke et al (2012) beschreibt vier verbreitete Mythen im Zusammenhang von Schmerz und dem Älterwerden: Schmerz als natürlicher Teil des Alterns; Schmerz verschlechtert sich über die Zeit; Schmerz auszuhalten führt zu Schmerztoleranz; hohes Abhängigkeitspotential verschreibungspflichtiger Schmerzmedikamente. Die Arbeit recherchierte die wissenschaftliche Evidenz hinter jedem dieser Mythen und kam zu dem Schluss, dass Schmerz kein natürlicher Teil des Älterwerdens ist und über die Zeit stabil bleibt. Die Tatsache, dass ältere Erwachsene oft stoisch gegenüber dem Schmerz sind, bedeutet nicht, dass diese sich an den Schmerz "gewöhnen". Die Autoren zeigten auch auf, dass mehr als 80% der älteren Erwachsenen, die von Arthrose betroffen sind, sich mehr Information über den Krankheitsverlauf wünschen würden, aber nur ein Drittel diese auch bekommt.

Wo geht nun die Reise hin? Wir verstehen den Problembereich rund um Schmerz bei älteren Erwachsenen und wir wissen, dass es in dieser Bevölkerungsgruppe eine hohe Inzidenz von Schmerz gibt. Die Lösung dieses Problems wird oft durch Kommunikationsbarrieren und Vorurteile des medizinischen Fachpersonals erschwert. Wir müssen einen Weg finden, um unseren Patienten und unseren Kollegen diese Probleme bewusst zu machen und zum Ziel haben, Schmerz in dieser Bevölkerungsgruppe besser in den Griff zu bekommen - möglicherweise, indem wir versuchen, begreiflich zu machen, dass man nicht mit Schmerzen leben muss und dass Schmerz "kein erwartbarer Teil des Älterwerdens" ist.

REFERENZEN

- [1] Stubbs B, Eggermont L, Binnekade T, Saphery A, Patchay S, Schofield P. (2013) Pain and the risk for falls in community dwelling older adults: A systematic review and Meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* [10 Sep 2013, 95(1):175-187. e9].
- [2] Fejer R, Ruhe A (2012) What is the prevalence of musculoskeletal problems in the elderly population in developed countries? A systematic critical literature review. *Chiropr Man Therap.* 2012; 20: 31.
- [3] Ferrucci, L, Giallauria, F & Guralnik, J (2008) Epidemiology of Ageing. *Radiology Clinics of North America* July 46(4) 643- v
- [4] Hemmingsson ES, Gustafsson M, Isaksson U, Karlsson S, Gustafson Y, Sandman PO, Lövheim H. (2018) Prevalence of pain and pharmacological pain treatment among old people in nursing homes in 2007 and 2013. *Eur J Clin Pharmacol.* 2018 Apr; 74(4):483-488. doi: 10.1007/s00228-017-2384-2. Epub 2017 Dec 20.
- [5] Hunt LJ, Covinsky KE, Yaffe K, Stephens CE, Miao Y, Boscardin WJ, Smith AK. (2015) Pain in Community-Dwelling Older Adults with Dementia: Results from the National Health and Aging Trends Study. *J Am Geriatr Soc.* 2015 Aug; 63(8):1503-11. doi: 10.1111/jgs.13536. Epub 2015 Jul 22.
- [6] Karttunen NM, Turunen JH, Ahonen RS, Hartikainen SA. (2015) Persistence of noncancer-related musculoskeletal chronic pain among community-dwelling older people: a population-based longitudinal study in Finland. *Clin J Pain.* 2015 Jan; 31(1):79-85. doi: 10.1097/AJP.000000000000089.
- [7] Nobili A, Garattini S, Mannucci PM. Multiple diseases and polypharmacy in the elderly: challenges for the internist of the third millennium. *J Comorb.* 2011; 1:28-44. Published 2011 Dec 27.
- [8] Molton I, Cook KF, Smith AE, Amtmann D, Chen WH, Jensen MP. Prevalence and impact of pain in adults aging with a physical disability: comparison to a US general population sample. *Clin J Pain.* 2014 Apr; 30(4):307-15. doi: 10.1097/AJP.0b013e31829e9bca.
- [9] Reid MC, & Pillemer K. (2015) Management of chronic pain in older adults. *BMJ* 2015; 350
- [10] Schofield P (2007) Pain in Older Adults. *Rev Pain.* 2007 Aug; 1(1): 12-14
- [11] Smith AK, Cenzer IS, Knight SJ, Puntillo KA, Widera E, Williams BA, Boscardin WJ, Covinsky KE. (2010). The epidemiology of pain during the last 2 years of life. *Ann Intern Med.* 2010 Nov 2; 153(9):563-9. doi: 10.7326/0003-4819-153-9-201011020-00005
- [12] Søreide K, Wijnhoven B (2016) Surgery for an Ageing Population. *BJS* 2016; 103: e7-e9
- [13] Woo J, Leung J, Lau E. (2009) Prevalence and correlates of musculoskeletal pain in Chinese elderly and the impact on 4-year physical function and quality of life. *Public Health.* 2009 Aug; 123(8):549-56. doi: 10.1016/j.puhe.2009.07.006. Epub 2009 Aug 25
- Patel et al 2013
- [14] Tse M, Wan VT, Wong AM. (2013) Pain and pain-related situations surrounding community-dwelling older persons. *J Clin Nurs.* 2013 Jul; 22(13-14):1870-9. doi: 10.1111/jocn.12238. Epub 2013 May 17
- [15] van Kollenburg EG, Lavrijsen JC, Verhagen SC, Zuidema SU, Schalkwijk A, Vissers KC. (2012) Prevalence, causes, and treatment of neuropathic pain in Dutch nursing home residents: a retrospective chart review. *J Am Geriatr Soc.* 2012 Aug; 60(8):1418-25. doi: 10.1111/j.1532-5415.2012.04078.x. Epub 2012 Jul 12.

AUTOREN

Patricia Schofield, PhD, Co-Chair Global Year Task Force
Faculty of Health, Education, Medicine and Social Care
Abertay University
Dundee, United Kingdom

Stephen Gibson, PhD
National Ageing Research Institute
Melbourne, Australia

ÜBERSETZER

Österreichische Schmerzgesellschaft www.oesg.at

Dr. Anna Vavrovsky, MSc
Academy for Value in Health GmbH
Wien, Österreich