2021 GLOBAL YEAR ABOUT BACK PAIN fact sheet

Unterschiede bei Rückenschmerzen

1. Gesundheitliche Ungleichheit und gesundheitliche Chancengleichheit.

Gesundheitliche Ungleichheit (health disparity) wird definiert als "eine bestimmte Art von gesundheitlichen Unterschieden, die eng mit wirtschaftlicher, sozialer oder umweltbedingter Benachteiligung verbunden ist" [40]. Gesundheitliche Chancengleichheit (health equity) ist folglich "das Fehlen von ungerechten und vermeidbaren oder behebbaren Unterschieden im Gesundheitszustand von sozial, wirtschaftlich, demografisch oder geografisch definierten Bevölkerungsgruppen" [38]. Ungleichheiten in der Gesundheitssituation wurden sowohl innerhalb als auch zwischen Ländern dokumentiert [14; 25] und sind stärkere Determinanten als die Qualität und Verfügbarkeit der medizinischen Versorgung [5].

2. Ungleichheiten bei Rückenschmerzen sind weltweit dokumentiert worden.

Eine kürzlich durchgeführte systematische Übersichtsarbeit zu sozialen Determinanten der Gesundheit bei Kreuzschmerzen in 17 Ländern zeigte wichtige Zusammenhänge zwischen Geschlecht, „Rasse“, ethnischer Zugehörigkeit, Bildung, Beruf und sozioökonomischem Status und zentralen Aspekten von Kreuzschmerzen (z. B. Prävalenz, Intensität und Grad der Beeinträchtigung durch Schmerz) [14]. Unterschiede im Gesundheitszustand aufgrund des Wohnorts, der ethnischen Zugehörigkeit oder des Geschlechts haben erhebliche gesellschaftliche und wirtschaftliche Kosten zur Folge.

3. Die englischen Begriffe *Race („Rasse“)* und *Ethnicity* (ethnische Zugehörigkeit) sind nicht gleichbedeutend.

Race wird definiert als "physische Unterschiede, die von Gruppen und Kulturen als sozial bedeutsam angesehen werden", während sich *Ethnicity* auf "gemeinsame kulturelle Merkmale wie Sprache, Abstammung, Rituale und Überzeugungen" bezieht [1]. Wenn die Begriffe *Race* und *Ethnicity* austauschbar verwendet werden, wird der Unterschied nicht erfasst, dass eine Person zwar einer *Race* im Sinne der oben genannten Definition angehören, aber durch Sprache, Kultur und Religion multiethnisch sein kann. Bei ungleichen Verhältnissen von *Races* in einer Gesellschaft wird es sehr schwierig, die ethnische Zugehörigkeit sinnvoll von *Races* zu trennen; in solchen Fällen werden im englischsprachigen Raum die Begriffe *Race/Ethnicity* gemeinsam verwendet [17].

4. Ethnische Ungleichheiten führen zu einer Unterbehandlung von Rückenschmerzen.

Ungleichheiten bei der Gesundheitsversorgung aufgrund der ethnischen Zugehörigkeit [36] bestehen auch nach der Anpassung von Faktoren wie Zugang zum Gesundheitswesen, Bedürfnissen, Präferenzen und der Angemessenheit der Maßnahme fort. Speziell bei Rückenschmerzen wurden ethnische Ungleichheiten bei der Verschreibung von Opioiden in Notaufnahmen und ambulanten Einrichtungen ausführlich dokumentiert [16; 23; 26; 27]. Obwohl ethnische Minderheiten über starke Rückenschmerzen und gesundheitliche Beeinträchtigungen berichteten, stellte medizinisches

©Copyright 2021 International Association for the Study of Pain. All rights reserved.
IASP brings together scientists, clinicians, healthcare providers, and policymakers to stimulate and support the study of pain and translate that knowledge into improved pain relief worldwide.

International Association for the Study of Pain IASP Working together for pain relief

Fachpersonal eher weniger starke Schmerzen fest, überwiesen sie seltener zur Bildgebung [4] und empfahlen eher eine andere als eine Opioidtherapie [23].

5. Das Erfassen und das Verständnis von Schmerzerfahrungen ist in verschiedenen Bevölkerungsgruppen aufgrund ethnischer Unterschiede nicht gleich.

Ohne kulturell angepasste Maßnahmen zur Erfassung und Interpretation von Schmerzen werden ethnische Ungleichheiten bei der Behandlung von Rückenschmerzen fortbestehen. So verhinderte beispielsweise die Art der Schmerzerfassung, die nicht für die indigenen Gemeinschaften in Australien angepasst war, dass deren Schmerzerfahrung vollständig erfasst wurde [28] und hatte folglich Auswirkungen auf die Beurteilung und Behandlung ihrer Schmerzen. Dies ist wichtig, wenn man bedenkt, dass es in einigen Gemeinschaften, wie z. B. der kanadischen Mi'kmaq-Gemeinschaft, kein Wort für "Schmerz" gibt, sondern nur Ausdrücke für "weh tun" [19]. In diesem Zusammenhang wurde die Verwendung von numerischen Schmerzskalen oder einer Schmerzskala mit Gesichtern zur Beschreibung der Schmerzen als wenig hilfreich empfunden. Inzwischen hat man sich darum bemüht, kulturell angepasste Skalen zu erstellen. So fand ein Übersichtsartikel zur kulturübergreifenden Anpassung eines Index für funktionale Rückenschmerzen (Oswestry Disability Index), dass es beispielsweise 27 verschiedene Anpassungen dieses Fragebogens gibt [43]. Solche Bemühungen sind ein Schritt in die richtige Richtung, aber es muss noch viel mehr in diesem Bereich getan werden.

6. Frauen sind häufiger von Kreuzschmerzen betroffen als Männer.

Geschlechtsspezifische Unterschiede bei Rückenschmerzen [42] lassen sich anhand der biologisch bedingten Merkmale (engl. sex), aber auch anhand von Geschlechterunterschieden in den sozial konstruiert männlichen und weiblichen Lebensformen und Verhaltensweisen (engl. gender) [7] aufzeigen, wobei jeweils verschiedene Facetten von Rückenschmerz bedeutend sind [42]. Die Prävalenz von Kreuzschmerzen ist bei Frauen höher als bei Männern (Verhältnis ca. 1,27), und dieser Unterschied vergrößert sich noch, wenn Frauen die Postmenopause erreichen [9; 41]. Mehrere geschlechtsspezifische (z. B. hormonelle Unterschiede im endogenen Opioidsystem) [9; 21] und genderspezifische Faktoren (z. B. Verhaltensweisen, Rollenerwartungen, Einstellungen, Stereotypen, Normen, Status-/Machtasymmetrien, Ideologien) auf intraindividueller, situationsbedingter, haltungsspezifischer und ideologischer Ebene wurden herangezogen, um diese Unterschiede zu erklären [2], jedoch ist ein vollständiges Verständnis von geschlechtsspezifischen Unterschieden (einschließlich LGBTQI) bei Rückenschmerzen kaum dokumentiert [21].

7. Es gibt geschlechtsspezifische Unterschiede beim Zugang zur Gesundheitsversorgung und bei der Behandlung von Kreuzschmerzen.

Frauen suchen wegen Kreuzschmerzen häufiger und in größerem Umfang medizinische Versorgung auf als Männer [8; 15]. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass Frauen im Allgemeinen häufiger ärztliche Hilfe aufsuchen. Zum Teil könnte dies aber auch darauf zurückzuführen sein, dass sie eine höhere Schmerzintensität und eine stärkere Schmerzempfindung angeben, was auch zu häufigeren Arztbesuchen oder zur häufigeren Verschreibung von Analgetika führt [21]. Eine theoriebasierter Übersichtsartikel zur geschlechtsspezifischen Ungleichbehandlung bei chronischen Schmerzen legt nahe, dass über die geschlechtsspezifischen Normen in Bezug auf Schmerzen und Schmerzbewältigung hinaus, eine genderspezifische ungleiche Behandlung chronischer Schmerzen besteht, die nicht einfach durch unterschiedliche medizinische Bedürfnisse erklärt werden kann [35].

©Copyright 2021 International Association for the Study of Pain. All rights reserved.
IASP brings together scientists, clinicians, healthcare providers, and policymakers to stimulate and support the study of pain and translate that knowledge into improved pain relief worldwide.

International Association for the Study of Pain
IASP
Working together for pain relief

8. Der sozioökonomische Status ist mit einer schlechten Prognose für Rückenschmerzen verbunden.

Eine kürzlich durchgeführte europäische Studie zeigte, dass sozioökonomische Ungleichheiten bei der Prävalenz von Rückenschmerzen im Vergleich zu anderen Schmerzzuständen (z. B. Hand-/Armschmerzen) eine weniger große Rolle spielt; allerdings gab es eine große regionale Heterogenität [39]. Über die reine Schmerzprävalenz hinaus hat sich gezeigt, dass die sozioökonomische Position, z. B. das Bildungsniveau, mit dem Wiederauftreten von Kreuzschmerzen und körperlichen Einschränkungen in Zusammenhang steht, und zwar stärker als mit dem erstmaligen Auftreten von Kreuzschmerzen [6]. Die Gründe für diese Ungleichheiten sind multifaktoriell und umfassen Unterschiede bei verhaltensbedingten und umweltbedingten Risikofaktoren, dem beruflichen Status und Barrieren beim Zugang zu und der Nutzung von Gesundheitseinrichtungen [6]. Es gibt auch Hinweise darauf, dass die sozioökonomische Stellung in der Kindheit ein Risikofaktor für Rückenschmerzen im Erwachsenenalter ist [18; 29]. Das Ausmaß dieser Ungleichheiten nimmt zu, und dies scheint insbesondere für Männer zu gelten [12] und bis ins höhere Erwachsenenalter fortzubestehen [13].

9. Der sozioökonomische Status des Patienten beeinflusst die Schmerzerfassung und -behandlung.

Im Gegensatz zu ethnischen oder geschlechtsspezifischen Merkmalen ist die Rolle des Klassismus, d. h. der Kategorisierung von Personen aufgrund ihrer sozialen Schicht, im Zusammenhang mit der Beurteilung und Behandlung von Rückenschmerzen weniger untersucht worden [11; 34]. Neuere Studien zur Rolle des Klassismus bei chronischen Schmerzen deuten darauf hin, dass Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status von Gesundheitsdienstleistern als weniger schmerzempfindlich und weniger glaubwürdig sowie als stärker beeinflusst von psychologischen Faktoren eingeschätzt werden als Personen mit einem höheren sozioökonomischen Status [3].

10. Es gibt Grund zur Hoffnung auf eine bessere Zukunft.

Verschiedene globale Initiativen sind entstanden, die sich zur Aufgabe gemacht haben, gesundheitliche Chancengleichheit zu erreichen und gesundheitliche Ungleichheiten zu minimieren, z. B. die US-amerikanische Healthy People 2020-Initiative [33], das kulturell angepasste Bildungsprogramm "My Back on Track, My Future" [22] für indigene australische Gemeinschaften. Auch die Kampagnen Pain Revolution (Australien) [31], Pain BC (Kanada) [30] und Flippin' Pain (Vereinigtes Königreich) [10] sind Beispiele für neuere Bemühungen um einen gerechteren Ansatz zur Aufklärung über Schmerz und zur Stärkung der Betroffenen. Diese Initiativen sind zwar nicht spezifisch für Rückenschmerzen, tragen aber dazu bei, Wissen zusammenzutragen und Politiker zu informieren. Solche Initiativen lassen sich leicht auf andere Gruppen von Minderheiten übertragen, um gesundheitliche Ungleichheiten zu überwinden und gesundheitliche Chancengleichheit bei der Erfassung und Behandlung von Rückenschmerzen herzustellen.

REFERENCES

1] American Psychological Association. Bias-Free Language. Publication manual of the American Psychological Association. Washington DC: American Psychological ASsociation, 2019.
[2] Bernardes SF, Keogh E, Lima ML. Bridging the gap between pain and gender research: a selective literature review. Eur J Pain 2008;12(4):427-440.
[3] Brandao T, Campos L, de Ruddere L, Goubert L, Bernardes SF. Classism in Pain Care: The Role of Patient Socioeconomic Status on Nurses' Pain Assessment and Management Practices. Pain medicine 2019;20(11):2094-2105.
[4] Carey TS, Garrett JM. The relation of race to outcomes and the use of health care services for acute low back pain. Spine

©Copyright 2021 International Association for the Study of Pain. All rights reserved.
IASP brings together scientists, clinicians, healthcare providers, and policymakers to stimulate and support the study of pain and translate that knowledge into improved pain relief worldwide.

International Association for the Study of Pain
IASP
Working together for pain relief

(Phila Pa 1976) 2003;28(4):390-394.
[5] Daniel H, Bornstein SS, Kane GC, Health, Public Policy Committee of the American College of P. Addressing Social Determinants to Improve Patient Care and Promote Health Equity: An American College of Physicians Position Paper. Ann Intern Med 2018;168(8):577-578.
[6] Dionne CE, Von Korff M, Koepsell TD, Deyo RA, Barlow WE, Checkoway H. Formal education and back pain: a review. J Epidemiol Community Health 2001;55(7):455-468.
[7] Dorlin E. L'historicité du sexe. Sexe, genre et sexualités: Presses universitaires de France, 2008. pp. 33-54.
[8] Elsamadicy AA, Reddy GB, Nayar G, Sergesketter A, Zakare-Fagbamila R, Karikari IO, Gottfried ON. Impact of Gender Disparities on Short-Term and Long-Term Patient Reported Outcomes and Satisfaction Measures After Elective Lumbar Spine Surgery: A Single Institutional Study of 384 Patients. World Neurosurg 2017;107:952-958.
[9] Fillingim RB, King CD, Ribeiro-Dasilva MC, Rahim-Williams B, Riley JL, 3rd. Sex, gender, and pain: a review of recent clinical and experimental findings. J Pain 2009;10(5):447-485.
[10] Flippin' Pain. https://www.flippinpain.co.uk/.
[11] Gebauer S, Salas J, Scherrer JF. Neighborhood Socioeconomic Status and Receipt of Opioid Medication for New Back Pain Diagnosis. Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM 2017;30(6):775-783.
[12] Grossschadl F, Stolz E, Mayerl H, Rasky E, Freidl W, Stronegger W. Educational inequality as a predictor of rising back pain prevalence in Austria-sex differences. Eur J Public Health 2016;26(2):248-253.
[13] Ikeda T, Sugiyama K, Aida J, Tsuboya T, Watabiki N, Kondo K, Osaka K. Socioeconomic inequalities in low back pain among older people: the JAGES cross-sectional study. Int J Equity Health 2019;18(1):15.
[14] Karran EL, Grant AR, Moseley GL. Low back pain and the social determinants of health: a systematic review and narrative synthesis. Pain 2020;161(11):2476-2493.
[15] Kent PM, Keating JL. The epidemiology of low back pain in primary care. Chiropractic & osteopathy 2005;13:13.
[16] King C, Liu X. Racial and Ethnic Disparities in Opioid Use Among US Adults With Back Pain. Spine (Phila Pa 1976) 2020;45(15):1062-1066.
[17] Krieger N. A glossary for social epidemiology. J Epidemiol Community Health 2001;55(10):693-700.
[18] Lallukka T, Viikari-Juntura E, Raitakari OT, Kahonen M, Lehtimaki T, Viikari J, Solovieva S. Childhood and adult socio-economic position and social mobility as determinants of low back pain outcomes. Eur J Pain 2014;18(1):128-138.
[19] Latimer M, Finley GA, Rudderham S, Inglis S, Francis J, Young S, Hutt-MacLeod D. Expression of pain among Mi'kmaq children in one Atlantic Canadian community: a qualitative study. CMAJ Open 2014;2(3):E133-138.
[20] LaVeist TA, Gaskin D, Richard P. Estimating the economic burden of racial health inequalities in the United States. Int J Health Serv 2011;41(2):231-238.

©Copyright 2021 International Association for the Study of Pain. All rights reserved. IASP brings together scientists, clinicians, healthcare providers, and policymakers to stimulate and support the study of pain and translate that knowledge into improved pain relief worldwide.

International Association for the Study of Pain
IASP
Working together for pain relief

[21] Leresche L. Defining gender disparities in pain management. Clin Orthop Relat Res 2011;469(7):1871-1877.
[22] Lin IB, Ryder K, Coffin J, Green C, Dalgety E, Scott B, Straker LM, Smith AJ, O'Sullivan PB. Addressing Disparities in Low Back Pain Care by Developing Culturally Appropriate Information for Aboriginal Australians: "My Back on Track, My Future". Pain medicine 2017;18(11):2070-2080.
[23] Ly DP. Racial and Ethnic Disparities in the Evaluation and Management of Pain in the Outpatient Setting, 2006-2015. Pain medicine 2019;20(2):223-232.
[24] Mackenbach JP, Meerding WJ, Kunst AE. Economic costs of health inequalities in the European Union. J Epidemiol Community Health 2011;65(5):412-419.
[25] Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S, Commission on Social Determinants of H. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Lancet 2008;372(9650):1661-1669.
[26] Meghani SH, Byun E, Gallagher RM. Time to take stock: a meta-analysis and systematic review of analgesic treatment disparities for pain in the United States. Pain medicine 2012;13(2):150-174.
[27] Mills AM, Shofer FS, Boulis AK, Holena DN, Abbuhl SB. Racial disparity in analgesic treatment for ED patients with abdominal or back pain. Am J Emerg Med 2011;29(7):752-756.
[28] Mittinty MM, McNeil DW, Jamieson LM. Limited evidence to measure the impact of chronic pain on health outcomes of Indigenous people. J Psychosom Res 2018;107:53-54.
[29] Muthuri SG, Kuh D, Cooper R. Longitudinal profiles of back pain across adulthood and their relationship with childhood factors: evidence from the 1946 British birth cohort. Pain 2018;159(4):764-774.
[30] Pain BC. https://www.painbc.ca/.
[31] Pain Revolution. https://www.painrevolution.org/.
[32] Politzer E, Shmueli A, Avni S. The economic burden of health disparities related to socioeconomic status in Israel. Isr J Health Policy Res 2019;8(1):46.
[33] Promotion OoDPaH. Healthy People 2020, Vol. 2020, 2020.
[34] Romero DE, Muzy J, Maia L, Marques AP, Souza Junior PRB, Castanheira D. Chronic low back pain treatment in Brazil: inequalities and associated factors. Cien Saude Colet 2019;24(11):4211-4226.
[35] Samulowitz A, Gremyr I, Eriksson E, Hensing G. "Brave Men" and "Emotional Women": A Theory-Guided Literature Review on Gender Bias in Health Care and Gendered Norms towards Patients with Chronic Pain. Pain Res Manag 2018;2018:6358624.
[36] Smedley BD, Stith AY, Nelson AR. Unequal treatment: Confronting racial and ethnic disparities in health care. Washington, DC: Institute of Medicine, 2003.
[37] Social D, Science Integration Directorate PHAoC. Report summary - The Direct Economic Burden of Socioeconomic Health Inequalities in Canada: An Analysis of Health Care Costs by Income Level. Health Promot Chronic Dis Prev Can 2016;36(6):118-119.
[38] Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: World Health Organization, 2010. p. 79.
[39] Todd A, McNamara CL, Balaj M, Huijts T, Akhter N, Thomson K, Kasim A, Eikemo TA, Bambra C. The European epidemic: Pain prevalence and socioeconomic inequalities in pain across 19 European countries. Eur J Pain 2019;23(8):1425-1436.
[40] U.S. Department of Health and Human Services. The Secretary's Advisory Committee on National Health Promotion and Disease Prevention Objectives for 2020. Phase I report: Recommendations for the framework and format of Healthy People 2020 [Internet]. Section IV: Advisory Committee findings and recommendations, 2010.
[41] Wang YX, Wang JQ, Kaplar Z. Increased low back pain prevalence in females than in males after menopause age: evidences based on synthetic literature review. Quant Imaging Med Surg 2016;6(2):199-206.
[42] Wu A, March L, Zheng X, Huang J, Wang X, Zhao J, Blyth FM, Smith E, Buchbinder R, Hoy D. Global low back pain prevalence and years lived with disability from 1990 to 2017: estimates from the Global Burden of Disease Study 2017. Ann Transl Med 2020;8(6):299.
[43] Yao M, Wang Q, Li Z, Yang L, Huang PX, Sun YL, Wang J, Wang YJ, Cui XJ. A Systematic Review of Cross-cultural Adaptation of the Oswestry Disability Index. Spine (Phila Pa 1976) 2016;41(24):E1470-E1478.

AUTHORS

M. Gabrielle Pagé*, PhD, Assistant professor and research scholar, Department of Anesthesiology and Pain Medicine, Faculty of Medicine, & Department of Psychology, Faculty of Arts and Science, University of Montreal, Montreal, QC, Canada; gabrielle.page@umontreal.ca

©Copyright 2021 International Association for the Study of Pain. All rights reserved. IASP brings together scientists, clinicians, healthcare providers, and policymakers to stimulate and support the study of pain and translate that knowledge into improved pain relief worldwide.

International Association for the Study of Pain
IASP
Working together for pain relief

Manasi Murthy Mittinty, MD (Medicine), PhD, Co-chair of the Sex, Gender and Race Special Interest Group of the International Association for the Study of Pain; Lecturer, Pain Management Research institute, University of Sydney, Australia

Kobina Gyakye deGraft-Johnson, MBChB, FGCS (Anaesthesia), PGDip Interdisc Pain Mgt, Consultant Anaesthetist and Pain Specialist, Korle Bu Teaching Hospital, Accra, Ghana

ACKNOLEDGMENTS

MG Pagé is a Junior 1 research scholar from the Fonds de recherche du Québec en santé.

REVIEWERS

Lorimer Moseley AO
Chair in Physiotherapy
UniSA Allied Health & Human Performance
University of South Australia
Australia

Sónia F. Bernardes
Associate Professor with Habilitation
Department of Social and Organizational Psychology
ISCTE-IUL
Lisbon, Portugal

©Copyright 2021 International Association for the Study of Pain. All rights reserved. IASP brings together scientists, clinicians, healthcare providers, and policymakers to stimulate and support the study of pain and translate that knowledge into improved pain relief worldwide.

International Association for the Study of Pain
IASP
Working together for pain relief