

Masterarbeit

Pflegeindikatoren in österreichischen Krankenhäusern: Eine Sekundärdatenanalyse zu geschlechtsspezifischen Unterschieden

eingereicht von
Eva Reinisch, BSc

zur Erlangung des akademischen Grades

**Master of Science
(MSc)**

Pflegewissenschaft

an der
Medizinische Universität Graz

ausgeführt am
Institut für Pflegewissenschaft

unter der Anleitung von:
Univ.-Ass.in Dr.in rer.cur. Silvia Bauer, BSc MSc
Univ.- Prof.in Dr.in rer. cur., Christa Lohrmann

Graz, 02. April 2026

Eidesstaatliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Des Weiteren erkläre ich hiermit, dass, sofern bei der Erstellung dieser Arbeit Künstliche Intelligenz (KI) Werkzeuge zur Generierung und/oder Korrektur bestimmter Textpassagen verwendet wurden, dieser Einsatz unter Einhaltung ethischer Grundsätze, akademischer Integrität und den Vorgaben meiner Universität erfolgte, sowie in Folge dies transparent gemacht und in angemessener Weise gekennzeichnet wurde.

Graz, am 02. April 2026

Eva Reinisch, eh.

Zusammenfassung

Einleitung: Frauen und Männer unterscheiden sich in biologischen (Sex) und sozialen (Gender) Merkmalen, die Gesundheitsrisiken und pflegerische Interventionen beeinflussen. Systematische Erkenntnisse, ob und wie sich diese Unterschiede in pflegesensitiven Qualitätsindikatoren und Pflegemaßnahmen manifestieren, fehlen bislang. Die sechs international etablierten Nursing-Sensitive Indicators – Dekubitus, Inkontinenz, Mangelernährungsrisiko, Schmerz, Sturz und freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen (FEM) – bieten einen geeigneten Ansatz, diese Wissenslücke zu reduzieren. In Österreich werden diese Indikatoren seit 2009 im Rahmen der nationalen Pflegequalitätserhebung (PQE) erfasst; geschlechtsdifferenzierte Auswertungen fehlen jedoch bislang.

Methode: Es wurde eine quantitative Sekundärdatenanalyse der PQE-2.0-Daten aus den Jahren 2019 bis 2023 durchgeführt. Die Daten von 9 289 Patient*innen aus österreichischen Krankenhäusern standen zur Verfügung. Die Erhebung erfolgte durch geschulte Pflegepersonen mit standardisierten Instrumenten (Braden-Skala, MUST, PAS). Geschlechtsspezifische Unterschiede wurden mittels Chi-Quadrat-Tests, Fisher-Tests sowie t-Tests bzw. Mann-Whitney-U-Tests bei $\alpha = 0,05$ analysiert.

Ergebnisse: Fünf von sechs Indikatoren zeigten signifikante Geschlechtsunterschiede. Frauen wiesen häufiger Harninkontinenz (16,7 % vs. 23,7 %), Sturzrisiko (18,9 % vs. 23,8 %), Schmerzen (53,1 % vs. 58,9 %) und Mangelernährungsrisiko (23,9 % vs. 26,5 %) auf. Die Dekubitusprävalenz war hingegen bei Männern höher (4,0 % vs. 3,2 %), obwohl Frauen öfter Dekubitusrisiko nach Braden aufwiesen (36,2 % vs. 40,3 %). Hinsichtlich der Dekubitusprophylaxe erhielten Frauen häufiger regelmäßige Hautinspektion und Mobilisation; bei Männern wurden vermehrt „keine Maßnahmen“ dokumentiert (8,4 % vs. 6,2 %). In der Inkontinenzversorgung erfolgten bei Frauen öfter Assessment der Inkontinenzform (21,6 % vs. 26,0 %) und individuelle Toilettenzeitpläne (5,4 % vs. 8,9 %). Bei Mangelernährungsrisiko erhielten Frauen häufiger Wunschkost (47,5 % vs. 53,6 %), Männer trotz niedrigerem Risiko öfter Sondennahrung (5,9 % vs. 2,6 %) und parenterale Ernährung (7,6 % vs. 5,3 %). Im Schmerzmanagement erhielten Frauen häufiger nicht-medikamentöse Maßnahmen und Antidepressiva; bei Männern wurden vermehrt keine Interventionen dokumentiert (10,5 % vs. 7,0 %). Zur Sturzprävention erhielten Frauen häufiger Begleitung beim Gehen (34,3 % vs. 43,8 %) und

therapeutische Übungen (37,8 % vs. 42,1 %), Männer hingegen öfter FEM. Bei FEM wurde die Prüfung von Alternativen häufiger bei Frauen erfasst (40,9 % vs. 59,1 %).

Diskussion: Die Analyse zeigt, dass Geschlecht nicht nur ein Risikofaktor für Pflegeprobleme ist, sondern auch ein Indikator für Versorgungsqualität. Bei Männern wurden über mehrere Indikatoren hinweg vermehrt keine Interventionen durchgeführt, während Frauen häufiger präventive Maßnahmen erhielten. Auffällig ist, dass Männer höhere Dekubitusprävalenz aufwiesen trotz niedrigerem Risiko-Score und vermehrt invasive Ernährungsmaßnahmen erhielten trotz geringerem Mangelernährungsrisiko. Diese Befunde deuten auf geschlechtsspezifische Unterschiede in Symptomkommunikation, Risikowahrnehmung und Interventionswahl hin. Diese Unterschiede lassen sich nicht allein durch biologische Faktoren erklären und verweisen auf strukturelle Einflüsse in der pflegerischen Versorgung.

Schlussfolgerung: Geschlechtsstratifizierte Auswertungen sind erforderlich, um Versorgungsunterschiede sichtbar zu machen. Geschlecht sollte routinemäßig in Qualitätsberichten ausgewertet werden. Empfohlen werden proaktive Kommunikationsstrategien bei Männern, kritische Reflexion bei Symptominterpretation bei Frauen sowie Verankerung geschlechtersensibler Pflege in Aus- und Weiterbildung.

Abstract

Introduction: Women and men differ in biological (sex) and social (gender) characteristics that influence health risks and nursing interventions. Systematic evidence on whether and how these differences manifest in nursing-sensitive quality indicators and nursing interventions is currently lacking. The six internationally established Nursing-Sensitive Indicators – pressure ulcers, incontinence, malnutrition risk, pain, falls, and physical restraints – provide a suitable approach to address this knowledge gap. In Austria, these indicators have been collected since 2009 through the national nursing quality measurement (PQE); however, gender-differentiated analyses are currently lacking.

Method: A quantitative secondary data analysis was conducted using PQE-2.0 data from 2019 to 2023. Data from 9,289 patients from Austrian hospitals were available. Trained nurses collected the data using standardized instruments (Braden Scale, MUST, PAS). Gender-specific differences were analyzed using chi-square tests, Fisher's exact tests, and t-tests or Mann-Whitney U tests at a significance level of $\alpha = 0.05$.

Results: Five of the six indicators showed significant gender differences. Women more frequently had urinary incontinence (16.7% vs. 23.7%), fall risk (18.9% vs. 23.8%), pain (53.1% vs. 58.9%), and malnutrition risk (23.9% vs. 26.5%). Pressure ulcer prevalence was higher in men (4.0% vs. 3.2%), although women more often had pressure ulcer risk according to the Braden Scale (36.2% vs. 40.3%). Regarding pressure ulcer prevention, women more frequently received regular skin inspection and mobilization; in men, no interventions were more frequently documented (8.4% vs. 6.2%). For incontinence care, women more often received incontinence assessment (21.6% vs. 26.0%) and individualized toileting schedules (5.4% vs. 8.9%). For malnutrition risk, women more frequently received preferred foods (47.5% vs. 53.6%), while men, despite lower risk, more often received tube feeding (5.9% vs. 2.6%) and parenteral nutrition (7.6% vs. 5.3%). In pain management, women more frequently received non-pharmacological interventions and antidepressants; in men, no interventions were more frequently documented (10.5% vs. 7.0%). For fall prevention, women more frequently received walking assistance (34.3% vs. 43.8%) and therapeutic exercises (37.8% vs. 42.1%), while men more often received physical restraints. For physical restraints, the assessment of alternatives was more frequently documented for women (40.9% vs. 59.1%).

Discussion: The analysis shows that gender is not only a risk factor for nursing problems but also an indicator of care quality. Across multiple indicators, men more frequently received no interventions, while women more frequently received preventive measures. Notably, men had higher pressure ulcer prevalence despite lower risk scores and more frequently received invasive nutrition interventions despite lower malnutrition risk. These findings suggest gender-specific differences in symptom communication, risk perception, and intervention selection. These differences cannot be explained by biological factors alone and point to structural influences in nursing care delivery.

Conclusion: Gender-stratified analyses are necessary to identify care disparities. Gender should be routinely included as an analysis category in quality reports. Proactive communication strategies with men, critical reflection when interpreting symptoms from women, and integration of gender-sensitive nursing into education and continuing professional development are recommended.

Abkürzungsverzeichnis

FEM Freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen

ICI International Consultation on Incontinence

ICN International Council of Nurses

MUST Malnutrition Universal Screening Tool

MW Mittelwert

n Stichprobe

p Signifikanzwert

PAS Pflegeabhängigkeitsskala

PQE Pflegequalitätserhebung

SA Standardabweichung

SPSS Statistical Package for Social Science

TENS transkutane elektrische Nervenstimulation

UI Harninkontinenz

WHO World Health Organisation

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Geschlechterverteilung (n = 9 289).....	18
Abbildung 2: Prävalenzen der einzelnen Pflegeindikatoren nach Geschlecht (* = p < .05).....	21

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Charakteristika der Stichprobe	19
Tabelle 2: Präventive Maßnahmen bei Dekubitusrisiko (Braden) nach Geschlecht (n = 3 548)	24
Tabelle 3: Begleitende Maßnahmen bei Patient*innen mit dokumentiertem Dekubitus nach Geschlecht (n = 333)	26
Tabelle 4: Begleitende Maßnahmen bei Patient*innen mit Harninkontinenz nach Geschlecht (n = 1 803)	27
Tabelle 5: Präventive Maßnahmen bei Mangelernährungsrisiko (MUST) nach Geschlecht (n = 1 880)	29
Tabelle 6: Begleitende Maßnahmen bei Schmerzen in den letzten 7 Tagen nach Geschlecht (n = 2 319)	31
Tabelle 7: Präventionsmaßnahmen bei Sturzrisiko (Sturz in den letzten 12 Monaten) nach Geschlecht (n = 1 990).....	33
Tabelle 8: Begleitende Maßnahmen bei freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen nach Geschlecht (n = 405)	34
Tabelle 9: : Prävalenzen, Teststatistik der Pflegeindikatoren nach Geschlecht.	55

Inhaltsverzeichnis

EIDESSTAATLICHE ERKLÄRUNG	I
ZUSAMMENFASSUNG	II
ABSTRACT	IV
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	VI
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	VII
TABELLENVERZEICHNIS	VIII
1 EINLEITUNG	1
1.1 BEGRIFFSDEFINITION: SEX UND GENDER.....	2
1.2 PFLEGEINDIKATOREN UND NURSING-SENSITIVE INDICATORS	3
1.2.1 Dekubitus.....	3
1.2.2 Inkontinenz.....	5
1.2.3 Mangelernährung.....	6
1.2.4 Schmerz.....	7
1.2.5 Sturz	8
1.2.6 Freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen (FEM).....	9
1.3 ROLLE DER PFLEGE IN GESCHLECHTERSPEZIFISCHER GESUNDHEITSVERSORGUNG	10
1.4 FORSCHUNGSLÜCKE, FORSCHUNGSFRAGEN UND ZIEL	11
2 METHODE	14
2.1 DESIGN.....	14
2.2 DATENERHEBUNG	14
2.3 ERHEBUNGSINSTRUMENT	15
2.4 ETHIK.....	16
2.5 STATISTISCHE ANALYSE	16
3 ERGEBNISSE	18
3.1 CHARAKTERISTIKA DER STICHPROBE	18
3.2 PRÄVALENZ DER PFLEGEINDIKATOREN.....	20
3.2.1 Dekubitusprävalenz nach Geschlecht	21
3.2.2 Inkontinenzprävalenz nach Geschlecht	21
3.2.3 Prävalenz des Mangelernährungsrisikos nach Geschlecht.....	22
3.2.4 Schmerzprävalenz nach Geschlecht	22
3.2.5 Sturzprävalenz nach Geschlecht.....	23
3.2.6 Freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen nach Geschlecht	23

3.3	PRÄVENTIVE UND BEGLEITENDE INTERVENTIONEN ZU DEN PFLEGEINDIKATOREN	23
3.3.1	<i>Dekubitus: Geschlechtsunterschiede in Präventions- und Begleitmaßnahmen</i> .	24
3.3.2	<i>Harninkontinenz: Geschlechtsunterschiede in Begleitmaßnahmen</i>	26
3.3.3	<i>Mangelernährungsrisiko: Geschlechtsunterschiede in Präventionsmaßnahmen</i>	28
3.3.4	<i>Schmerz: Geschlechtsunterschiede in Begleitmaßnahmen</i>	30
3.3.5	<i>Sturz: Geschlechtsunterschiede in Präventionsmaßnahmen</i>	32
3.3.6	<i>Freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen: Geschlechtsunterschiede in Begleitmaßnahmen</i>	34
4	DISKUSSION	36
4.1	STÄRKEN UND LIMITATIONEN	44
4.2	EMPFEHLUNGEN FÜR FORSCHUNG	45
4.3	EMPFEHLUNGEN FÜR PRAXIS	45
5	SCHLUSSFOLGERUNG	47
6	LITERATURVERZEICHNIS	48
7	ANHANG	55

1 Einleitung

Die Gesundheitsversorgung steht vor der Herausforderung, beiden Geschlechtern gleichermaßen gerecht zu werden. Frauen und Männer unterscheiden sich in biologischen Merkmalen (Sex) und sozialen Aspekten (Gender), die Gesundheitsrisiken, Krankheitsverläufe und Versorgungsergebnisse beeinflussen. Diese Unterschiede prägen, wie Gesundheit und Krankheit wahrgenommen, diagnostiziert und behandelt werden (OECD, 2025; WHO, 2021b).

In Europa zeigt sich ein komplexes Bild gesundheitlicher Geschlechterungleichheit. Frauen leben durchschnittlich länger als Männer, verbringen jedoch einen größeren Teil dieser zusätzlichen Lebensjahre in eingeschränkter Gesundheit. In Österreich beträgt die Lebenserwartung bei Geburt 84,3 Jahre für Frauen und 79,8 Jahre für Männer. Frauen berichten häufiger von chronischen Erkrankungen und funktionellen Einschränkungen, während Männer in allen Altersgruppen höhere Mortalitätsraten aufweisen und präventive Angebote seltener in Anspruch nehmen (Crimmins et al., 2011; OECD, 2024; Statistik Austria, 2025).

Die medizinische Forschung hat in den letzten Jahrzehnten zunehmend geschlechtsspezifische Unterschiede in Diagnostik, Behandlung und Outcomes dokumentiert. Lange Zeit galten in Forschung und Versorgung normative Annahmen über einen geschlechtsneutralen „Standardpatienten“, wodurch geschlechtsspezifische Besonderheiten nicht systematisch berücksichtigt wurden. Dies führte zu einem ausgeprägten „Gender Data Gap“, also einem strukturellen Mangel an geschlechtsdifferenzierten Daten und Evidenz (Gauci et al., 2023). Frauen werden bei vergleichbaren Symptomen häufig später diagnostiziert und weniger intensiv behandelt, während Männer präventive Angebote seltener nutzen und gesundheitliche Beschwerden häufiger bagatellisieren (Chen, 2019; OECD, 2024).

Während geschlechtsspezifische Aspekte in der Medizin zunehmend berücksichtigt werden, ist der Wissensstand in der Pflege bislang geringer. Da Pflegepersonen über alle Versorgungssettings hinweg kontinuierlich an der direkten Patient*innenversorgung beteiligt sind, kommt der Pflege eine besondere Bedeutung für die Umsetzung geschlechtersensibler Versorgung zu. Gleichzeitig

fehlen systematische Erkenntnisse darüber, ob und wie sich geschlechtsspezifische Unterschiede in pflegesensitiven Outcomes manifestieren. Pflegesensitive Qualitätsindikatoren bieten einen geeigneten Ansatz, um diese Wissenslücke zu verringern, da sie patientennahe Outcomes abbilden, die unmittelbar durch pflegerisches Handeln beeinflusst werden (Oner et al., 2021). Zu den international etablierten Indikatoren zählen Dekubitus, Inkontinenz, Mangelernährung, Schmerz, Sturz und freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen (FEM) (Afaneh et al., 2021). Allerdings werden pflegerische Outcomes in Qualitätsberichten nur selten geschlechtsdifferenziert ausgewiesen, sodass systematische Unterschiede häufig verborgen bleiben (Mogil, 2023).

In Österreich wird Pflegequalität seit 2009 im Rahmen der nationalen Pflegequalitätserhebung (PQE) der Medizinischen Universität Graz erfasst. Trotz einer umfangreichen Datenbasis fehlen systematische geschlechtsdifferenzierte Auswertungen über alle sechs pflegesensitiven Pflegeindikatoren hinweg (Lohrmann et al., 2020; Lampersberger et al., 2024).

Um geschlechtsbezogene Unterschiede auf Basis dieser Pflegeindikatoren adäquat analysieren und interpretieren zu können, ist eine klare begriffliche Unterscheidung zwischen „Sex“ und „Gender“ erforderlich, die im folgenden Abschnitt beschrieben wird.

1.1 Begriffsdefinition: Sex und Gender

In dieser Arbeit wird zwischen Sex (biologisches Geschlecht) und Gender (soziales Geschlecht) unterschieden, um geschlechtsspezifische Unterschiede in Gesundheit und Versorgung präziser beschreiben zu können.

Der Begriff „Sex“ beschreibt die biologische Dimension des Geschlechts. Dazu zählen chromosomale, hormonelle und anatomisch-physiologische Merkmale sowie Unterschiede in Körperzusammensetzung, Stoffwechsel, Immunantwort und hormonellen Regulationsmechanismen. „Gender“ hingegen bezieht sich auf sozial und kulturell geprägte Rollen, Erwartungen, Verhaltensweisen und Identitäten, die mit Geschlecht verknüpft werden. Gender beeinflusst unter anderem, wie Personen Symptome wahrnehmen und mitteilen, wie Gesundheitspersonal darauf reagiert, welche Behandlungen angeboten werden und wie Zugang zu und Nutzung von Versorgungsleistungen erfolgen (WHO, 2021b; CIHR, 2023).

Für die Interpretation von Ergebnissen ist diese begriffliche Trennung hilfreich, weil biologische und soziale Einflüsse sonst leicht vermischt werden. In der vorliegenden Arbeit wird Sex als biologische Variable verwendet, da in den Daten ausschließlich das binäre Geschlecht (männlich/weiblich) dokumentiert ist. Weitere Geschlechtskategorien (z. B. divers) werden in den Daten nicht erhoben (die vorhandene Kategorie „möchte nicht angeben“ wurde zu selten genutzt um eine aussagekräftige Auswertung zu ermöglichen); entsprechende Gruppen können daher nicht gesondert ausgewertet werden. Genderbezogene Aspekte fließen ausschließlich in die Diskussion der Ergebnisse und möglicher Implikationen für die pflegerische Praxis ein.

1.2 Pflegeindikatoren und Nursing-Sensitive Indicators

In der internationalen Literatur werden pflegesensitive Qualitätsindikatoren häufig unter dem Begriff „nursing-sensitive indicators“ (NSI) zusammengefasst. Sie erfassen patientennahe Outcomes, die in besonderem Maße durch pflegerische Prozesse beeinflusst werden, und dienen der Steuerung und Bewertung von Pflegequalität (Afaneh et al., 2021; Oner et al., 2021). Die PQE 2.0 greift dieses Konzept auf und setzt es in Form standardisierter Indikatoren um. Dadurch lassen sich pflegerisch beeinflussbare Outcomes in österreichischen Krankenhäusern systematisch erfassen. Zu den im Rahmen der PQE 2.0 erhobenen Pflegeindikatoren zählen Dekubitus, Harn- und Stuhlinkontinenz, Mangelernährungsrisiko, Schmerz, Sturzereignisse und FEM (Lohrmann, 2023). In diesem Kapitel werden die sechs Pflegeindikatoren definiert, ihre Relevanz für Patient*innen beschrieben und der bisherige Forschungsstand zu geschlechtsspezifischen Unterschieden dargestellt, um die späteren Analysen der PQE-2.0-Daten einzuordnen.

1.2.1 Dekubitus

Ein Dekubitus ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und/oder des darunterliegenden Gewebes infolge anhaltender Druck- und/oder Scherbelastung, begünstigt durch eingeschränkte Mobilität und reduzierte Gewebetoleranz (PACIFIC, 2019). In Österreich beträgt die Dekubitus-Prävalenz in Krankenhäusern etwa 8,6 %, wobei die Prävalenz je nach Abteilung variiert (Lohrmann, 2023). In Europa zeigt sich ein heterogenes Bild: Eine systematische

Übersichtsarbeit berichtet mediane Prävalenzen von 10,8%, mit den höchsten Raten in den Niederlanden (27,2%) und den niedrigsten in Finnland (4,6%) (Moore et al., 2019).

Dekubitus ist mit Schmerzen, verlängerten Krankenhausaufenthalten und einem erheblichen erhöhten pflegerischen Versorgungsaufwand verbunden. In Österreich werden je nach Schweregrad Behandlungskosten von rund € 7 bis € 470 pro Tag beschrieben (LPZ Austria, 2019).

Aus geschlechtersensibler Perspektive unterscheiden sich Männer und Frauen in mehreren biologischen Merkmalen die für Dekubitus relevant sind. Männer haben im Durchschnitt eine etwa 20–25 % dickere Haut; bei ihnen nimmt die Hautdicke ab dem frühen Erwachsenenalter kontinuierlich ab, während sie bei Frauen bis zur Menopause weitgehend stabil bleibt und danach deutlich sinkt. Dieser Unterschied beeinflusst die mechanische Belastbarkeit der Haut und kann sich auf die Vulnerabilität gegenüber Druck- und Scherbelastungen auswirken (Giacomoni et al., 2009; Shuster et al., 1975).

Die empirische Evidenz zu geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Dekubitusprävalenz ist heterogen. Große Studien aus Deutschland berichteten keine relevanten Unterschiede in der Gesamtprävalenz zwischen Frauen und Männern (Günther et al., 2013; Lichterfeld-Kottner et al., 2020). Demgegenüber fand eine intensivmedizinische Studie aus dem Iran bei männlichen Patienten ein erhöhtes Dekubitusrisiko, insbesondere bei längerer Beatmungsdauer und schwerer Erkrankung (Nouri-Saeed et al., 2024). Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass geschlechtsspezifische Unterschiede in der Prävalenz stark vom klinischen Setting und der untersuchten Population abhängen.

Unterschiede zeigen sich zudem in den Risikokonstellationen und der pflegerischen Versorgung. Frauen sind häufiger untergewichtig und weisen damit in bestimmten Situationen ein erhöhtes Dekubitusrisiko auf, während Männer häufiger adipös sind (Lichterfeld-Kottner et al., 2020). In chirurgischen Settings wurden darüber hinaus weibliches Geschlecht, höheres Alter, längere Operationsdauer sowie erniedrigte Albuminwerte als relevante Risikofaktoren für perioperative Dekubiti identifiziert (Bulfone et al., 2018; İlikhan and Sucu Dag, 2023).

1.2.2 Inkontinenz

Inkontinenz bezeichnet den unkontrollierten Verlust von Urin (Harninkontinenz) oder Stuhl (Stuhlinkontinenz) und kann einen erhöhten Pflegebedarf nach sich ziehen. Harninkontinenz (UI) wird in Belastungs-, Drang-, Misch- und Überlaufinkontinenz eingeteilt; von Doppelinkontinenz spricht man beim gleichzeitigen Vorliegen von Harn- und Stuhlinkontinenz (Abrams et al., 2023; Cardozo et al., 2023).

International werden für UI je nach Population stark unterschiedliche Prävalenzen berichtet, etwa 25,6 % (Männer) und 48,4 % (Frauen) bei Personen über 50 Jahren in den USA (Hunskaar et al., 2000) gegenüber 5,5 % und 11,2 % in einer türkischen Bevölkerungsstudie (Ersoy et al., 2023). In österreichischen Akutkrankenhäusern beträgt die Prävalenz 12,7 % für UI 5,9 %, für FI und DI 4,2 %; betroffen sind vor allem Frauen und Personen ab 60 Jahren (Lohrmann, 2023). Gemeinsame Risikofaktoren bei beiden Geschlechtern sind höheres Lebensalter, eingeschränkte Mobilität, kognitive Beeinträchtigungen, chronische Erkrankungen (z. B. Diabetes, COPD, Hypertonie), bestimmte Medikamente sowie Übergewicht (Ersoy et al., 2023; Goode et al., 2008). Inkontinenz ist mit direkten und indirekten Kosten verbunden und geht häufig mit Scham, sozialem Rückzug, depressiven Symptomen und einer deutlich eingeschränkten Lebensqualität einher (Cardozo et al., 2023).

Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich sowohl in der Prävalenz als auch in den Ursachen. Frauen sind bei UI insbesondere im mittleren Erwachsenenalter (ca. 30–60 Jahre) etwa doppelt so häufig betroffen wie Männer; dieser Unterschied nimmt im höheren Alter ab (Ersoy et al., 2023). Biologisch begünstigen eine kürzere weibliche Harnröhre (3–4 cm vs. 15–20 cm), Schwangerschaft, vaginale Entbindungen sowie der postmenopausale Östrogenabfall eine Schwächung des Beckenbodens (Goode et al., 2008). Bei Männern tritt UI häufiger im Zusammenhang mit Prostataerkrankungen auf; klinisch dominieren Drang- und Überlaufinkontinenz, während bei Frauen überwiegend Belastungsinkontinenz beobachtet wird (Ersoy et al., 2023).

Für Stuhlinkontinenz sind geschlechtsspezifische Unterschiede weniger eindeutig: Eine globale Metaanalyse fand keine signifikanten Prävalenzunterschiede zwischen Frauen und Männern (Ng et al., 2022). Die Ursachen unterscheiden sich

jedoch: Bei Frauen spielen geburtsbedingte Beckenbodenschäden eine zentrale Rolle, bei Männern häufiger neurologische Erkrankungen und Traumen (Gursoy et al., 2015). Doppelinkontinenz betrifft insgesamt häufiger Frauen; etwa 60 % der Personen mit Stuhlinkontinenz leiden zusätzlich unter UI, wobei die Assoziation zwischen beiden Formen bei Männern stärker ausgeprägt ist (Melville et al., 2005). Auch im Inanspruchnahmeverhalten zeigen sich Unterschiede: Frauen berichten Inkontinenz häufiger und suchen eher medizinische Unterstützung, während Männer Beschwerden häufiger aus Scham verschweigen, was zu Unterdiagnostik führen kann (Dougherty et al., 2021; Moureau et al., 2023b).

1.2.3 Mangelernährung

Mangelernährung ist nach ESPEN „ein Zustand infolge unzureichender Nährstoffzufuhr oder -aufnahme, der zu einer veränderten Körperzusammensetzung (v. a. verringerter fettfreier Masse und Zellmasse) mit eingeschränkter körperlicher und geistiger Funktion und verschlechtertem Krankheitsverlauf führt“ (Cederholm et al., 2017). Internationale Studien berichten bei hospitalisierten Erwachsenen Prävalenzen zwischen 20 % und 60 %, abhängig von Population, Setting und Messinstrument (Ruiz et al., 2019). In Europa gelten rund 23 % der älteren Menschen als „high risk of malnutrition“ (Leij-Halfwerk et al., 2019). In der österreichischen PQE 2022 wiesen 21,3 % der Patient*innen ein Risiko für Mangelernährung auf (Lohrmann, 2023).

Mangelernährung bei hospitalisierten Patient*innen ist mit einer längeren Verweildauer und einer erhöhten Mortalität verbunden und geht mit rund 30 % höheren Krankenhauskosten einher. Zu den gemeinsamen Risikofaktoren zählen höheres Lebensalter, Multimorbidität, Polypharmazie sowie funktionelle und kognitive Einschränkungen (Eglseer et al., 2020; O'shea et al., 2017). Geschlechtsspezifisch zeigen sich sowohl biologische als auch klinische Unterschiede. Männer haben aufgrund einer höheren fettfreien Körpermasse im Durchschnitt einen höheren Grundumsatz und verlieren bei unzureichender Energiezufuhr rascher Muskelmasse, während Frauen einen höheren relativen Körperfettanteil aufweisen, was kurzfristig als Energiespeicher wirkt, gleichzeitig aber andere Komplikationen begünstigen kann (Cederholm et al., 2017). Bei Frauen treten funktionelle Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens häufiger auf. Sie berichten mehr chronische Schmerzen und

Depressionen, und sie sind bei Eintritt in eine Institution im Mittel älter als Männer. All diese Faktoren können die Nahrungsaufnahme beeinträchtigen (Favaro-Moreira et al., 2016; Neumann et al., 2006).

1.2.4 Schmerz

Schmerz wird in Anlehnung an die Definition der International Association for the Study of Pain (IASP) als „eine unangenehme sensorische und emotionale Erfahrung, die mit einer tatsächlichen oder drohenden Gewebeschädigung verbunden ist oder dieser ähnelt“, beschrieben (IASP, 2020; Raja et al., 2020). Akute Schmerzen treten meist plötzlich im Zusammenhang mit einer Gewebe- oder Organschädigung auf, während chronische Schmerzen über drei bis sechs Monate hinaus bestehen und ein relevantes Gesundheitsproblem darstellen (Cohen et al., 2021).

Chronische Schmerzen betreffen international etwa 20–40 % der erwachsenen Bevölkerung. Eine länderübergreifende Analyse aus 17 Ländern zeigte eine deutlich höhere Schmerzprävalenz bei Frauen (45 %) im Vergleich zu Männern (31 %) (Fillingim et al., 2009; Raja et al., 2020).

Im stationären Setting berichten Studien, dass 63–83 % der Krankenhauspatient*innen Schmerzen angeben; 24,1–35 % berichten starke Schmerzen ($\geq 7/10$) (Karcioglu et al., 2018). In Österreich werden die jährlichen medizinischen Kosten für eine Person mit chronischen Schmerzen mit etwa 5.725 € beziffert (Mayer et al., 2019). Unzureichend behandelter Schmerz ist mit eingeschränkter Mobilität, Schlafstörungen und einer verminderten Lebensqualität sowie mit verlängerten Krankenhausaufenthalten verbunden (Raja et al., 2020).

Neben der höheren Prävalenz unterscheiden sich Frauen und Männer auch in der Schmerzverarbeitung. In experimentellen Studien weisen Frauen im Durchschnitt niedrigere Schmerzschwellen und eine geringere Schmerztoleranz auf; zudem wurde bei Frauen eine geringere körpereigene Schmerzdämpfung beschrieben (Fillingim et al., 2009; IASP, 2024; Racine et al., 2012). Als mögliche biologische Gründe werden unter anderem hormonelle Einflüsse diskutiert: Sexualhormone können die Schmerzwahrnehmung modulieren, und in Phasen mit niedrigen Östrogenspiegeln wird häufig eine erhöhte Schmerzempfindlichkeit berichtet (Racine et al., 2012). Neben biologischen Faktoren ist ein Gender-Bias in der Versorgung dokumentiert. In US-Notaufnahmen warteten Frauen mit akuten

Bauchschmerzen länger auf Analgetika und erhielten bei vergleichbaren Schmerz-Scores seltener Schmerzmedikamente als Männer (Guzikevits, 2024). Frühere Studien zeigten zudem, dass Frauen postoperativ häufiger Sedativa statt Analgetika erhielten, was auf eine Psychologisierung von Schmerzen hinweist (Calderone, 1990). Schmerzen von Frauen werden häufiger als emotional oder übertrieben bewertet, während Schmerzen von Männern eher als objektiv und behandlungsbedürftig eingeschätzt werden (Hoffman and Tarzian, 2001; Robinson et al., 2001). Auch im Umgang mit Schmerzen zeigen sich Unterschiede: Frauen berichten häufiger über soziale Unterstützung und nutzen aktive Bewältigungsstrategien, während Männer häufiger Vermeidung, Kinesiophobie und substanzbezogene Bewältigungsmuster zeigen. Diese Unterschiede im Erleben, im Coping und in der Behandlung sind für eine geschlechtersensible Schmerzversorgung zentral (Racine et al., 2012; Rovner et al., 2017).

1.2.5 Sturz

Ein Sturz wird gemäß der Definition der WHO als „Ereignis beschrieben, bei dem eine Person unbeabsichtigt auf dem Boden oder einer tieferen Ebene zu liegen kommt“ (WHO, 2021a). Im höheren Lebensalter zählen Stürze in Europa zu den häufigsten und folgenreichsten Ereignissen (EU-IDB/EUPHA, 2013). Sturzrisiken umfassen hohes Alter, kognitive oder funktionale Einschränkungen, Inkontinenz, Multimorbidität, Polypharmazie (v. a. Sedativa/Antihypertensiva) sowie ungünstige Umweltbedingungen (Lohrmann, 2023; LeLaurin and Shorr, 2019).

Stürze führen zu Verletzungen, höherer Pflegebedürftigkeit und hohen Folgekosten; in US-Krankenhäusern verlängern sie den Aufenthalt um 4–8 Tage und verursachen > 6.669 \$ Zusatzkosten pro Sturz (Gazibara et al., 2017; Mikos et al., 2021; LeLaurin and Shorr, 2019). In einer europäischen Krankenhausstudie waren 56,8 % der Sturzpatientinnen weiblich (Nawabi et al., 2020). Auch in Australien entfielen 64 % der sturzbedingten Krankenhausaufnahmen bei über 60-Jährigen auf Frauen, mit einer 1,8-fach höheren Inzidenzrate im Vergleich zu Männern (Davie et al., 2024). Für Österreich zeigen PQE-Daten aus dem Jahr 2022, dass 22,0 % der hospitalisierten Patient*innen ein Sturzrisiko (mindestens ein Sturz in den letzten 12 Monaten) aufwiesen und 2,7 % in den letzten 30 Tagen in der Einrichtung gestürzt waren. Frauen (24,0 %) hatten dabei ein höheres Sturzrisiko als Männer (19,6%), bei nahezu identischer Sturzinzidenz (Männer: 2,6

%, Frauen: 2,7 %). Besonders ausgeprägt war das Risiko in der Altersgruppe ≥ 80 Jahre, in der 40,8 % als sturzgefährdet galten und 5,1 % innerhalb der letzten 30 Tage gestürzt waren (Lohrmann, 2023). Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich auch in den Folgen von Stürzen. Frauen weisen im höheren Lebensalter eine höhere Osteoporoseprävalenz sowie geringere Muskelmasse und -kraft auf und erleiden häufiger Frakturen, insbesondere der Hüfte und unteren Extremität. Männer entwickeln im Alter hingegen häufiger neurologische Erkrankungen wie Schlaganfall oder Parkinson, die das Sturzrisiko erhöhen und sind bei sturzbedingten Hospitalisierungen vermehrt von Kopf- und Rumpferletzungen betroffen (Davie et al., 2024; LeLaurin and Shorr, 2019). Darüber hinaus berichten Frauen Stürze öfter und nehmen präventive Angebote eher in Anspruch, während Männer Stürze teilweise aus Scham oder Angst vor Autonomieverlust nicht thematisieren, was das Risiko einer verspäteten Intervention erhöht (Phelan et al., 2015).

1.2.6 Freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen (FEM)

Maben et al. (2024) zitieren für die USA die Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), die FEM als *„jede manuelle Methode, physische oder mechanische Vorrichtung, Material oder Ausrüstung, die die Fähigkeit einer Person einschränkt oder reduziert, ihre Arme, Beine, ihren Körper oder Kopf frei zu bewegen“* definieren. Mikos et al. (2021) heben darüber hinaus hervor, dass alle Maßnahmen, die Bewegungsfreiheit und Menschenrechte einschränken – etwa Überwachung, Isolation, manuelle und mechanische Fixierung sowie der rasche Einsatz psychologischer Mittel – als Mobilitätsbeschränkungen zu verstehen sind.

Die Prävalenz physischer Fixierungen variiert stark nach Setting und liegt in Krankenhäusern international meist zwischen 0–32 % (Ang et al., 2015; Perkins et al., 2016). In den USA stieg sie von 0,52 % (2011–2012) auf 0,73 % (2018–2019) aller Krankenhausaufnahmen (+40 %) (Maben et al., 2024); Intensivstationen stellen < 20 % der Betten, verursachen jedoch > 50 % der Fixierungen (Ang et al., 2015; Perkins et al., 2016). FEM dienen häufig der Sturz-/Verletzungsprävention oder der Verhaltenskontrolle bei kognitiven Einschränkungen (Lee et al., 2021). In somatischen Akutkrankenhäusern in der Schweiz und Österreich erhielten innerhalb von 30 Tagen 8,7 % der erwachsenen Patient*innen mindestens eine

Beschränkung (Österreich: 4,6 %), am häufigsten mechanische Maßnahmen (v. a. Bettgitter) mit den Begründungen Sturzprävention bzw. Verwirrtheit/Delir; stärkste Einflussfaktoren waren hohe Pflegeabhängigkeit und psychische/Verhaltensstörungen (Thomann et al., 2021). In US-Daten waren Fixierungen mit +4,3–5,8 Tagen Verweildauer, 55.000–70.000 US-\$ Mehrkosten pro Fall und erhöhter Mortalität assoziiert (Gupta et al., 2024).

Geschlechtersensible Analysen berichten, dass Männer in vielen Settings öfter fixiert werden als Frauen; auf Intensivstationen erhalten sie zudem vermehrt kontinuierliche Sedierung und mechanische Fixierung (Mehta et al., 2020). Auch in Notaufnahmen und geriatrischen Akutbereichen gilt männliches Geschlecht als unabhängiger Risikofaktor für Fixierungsmaßnahmen (Ang et al., 2015; Stillman et al., 2023). Die Begründungen unterscheiden sich: Bei Männern werden überwiegend Aggression/Agitation, Substanzentzug oder Unruhe unter Beatmung genannt, bei Frauen eher Verwirrtheit, Sturzprävention oder „fürsorgliche“ Motive, insbesondere im höheren Alter. Fixierungsmuster sind dabei stark settingabhängig und werden durch institutionelle Regelungen und geschlechtsbezogene Bias mitgeprägt (Chong et al., 2024; Li et al., 2023). Ein weiterer relevanter Faktor ist Delir: Männer weisen insgesamt eine höhere Delirinzidenz auf und zeigen häufiger hyperaktives Delir, während Frauen eher hypoaktive Verläufe entwickeln, was eine Unterdiagnostik bei Frauen begünstigen kann und zugleich die Wahrscheinlichkeit sichtbarer Agitation und damit Fixierung bei Männern erhöht (Mehta et al., 2020). Betroffene beschreiben Fixierungen häufig als traumatisch, insbesondere Personen mit Gewalterfahrungen (Chong et al., 2024; Li et al., 2023).

1.3 Rolle der Pflege in geschlechterspezifischer Gesundheitsversorgung

Die professionelle Pflege nimmt eine zentrale Rolle bei der Reduktion geschlechtsspezifischer Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung ein. Als größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen ist sie über alle Versorgungssettings hinweg an der Planung, Durchführung und Evaluation von Maßnahmen beteiligt und gestaltet damit maßgeblich, ob geschlechtersensible Versorgung tatsächlich umgesetzt wird. Der International Council of Nurses (ICN) betont in seinen Grundsatzpapieren den Auftrag zu einer diskriminierungsfreien, menschenrechtsbasierten Pflegepraxis und verbindet diesen mit der Forderung nach hochqualifizierten Pflegefachpersonen, insbesondere durch erweiterte Rollen

(Advanced Practice Nursing, APN) und akademische Ausbildung auf Masterniveau (ICN, 2021). Geschlechtersensible Pflege erfordert dabei sowohl Wissen über biologische Unterschiede (z. B. Pharmakokinetik, Schmerzverarbeitung, Risikoprofile für Dekubitus oder Sturz, etc.) als auch über soziale und strukturelle Einflussfaktoren (z. B. Rollenerwartungen, Inanspruchnahmeverhalten, Zugang zu Interventionen). Darüber hinaus ist die kritische Reflexion eigener Vorannahmen, normativer Geschlechterbilder und möglicher Stereotype eine zentrale Kompetenz, um Verzerrungen in der Beurteilung von Symptomen und Pflegebedarfen zu vermeiden (Meidert et al., 2023). Auf organisatorischer Ebene kommt der Pflege eine Schlüsselrolle bei der Implementierung und Nutzung standardisierter Assessments zu. Instrumente wie die Braden-Skala zur Dekubitusrisiko-Einschätzung, validierte Schmerzskalen oder strukturierte Sturz- und Inkontinenz-Assessments tragen dazu bei, subjektive Bewertungsunterschiede zu reduzieren. In Verbindung mit der pflegerischen Fachexpertise ermöglichen sie klinische Entscheidungen anhand nachvollziehbarer Kriterien zu treffen. Durch digitale Dokumentationssysteme lassen sich pflegesensitive Qualitätsindikatoren regelmäßig geschlechtsdifferenziert erheben und analysieren. Dazu muss Geschlecht jedoch durchgängig als Auswertungskriterium genutzt und in Qualitätsberichten transparent ausgewiesen werden. Fallbesprechungen und interprofessionelle Teamreflexionen bieten einen Rahmen, um geschlechtsspezifische Versorgungsmuster sichtbar zu machen, Bias zu thematisieren und strukturiert gegenzusteuern. Leitlinien, klinische Algorithmen und Standards, die explizit geschlechtersensible Aspekte berücksichtigen, unterstützen Pflegepersonen bei evidenzbasierten Entscheidungen. Insgesamt kann die Pflege durch datengestützte, reflektierte und geschlechtersensible Praxis einen wesentlichen Beitrag zur Verringerung der Gesundheits-Geschlechter-Lücke und zur Sicherung gesundheitlicher Chancengleichheit leisten (OECD, 2025; ICN, 2021; WHO, 2021b).

1.4 Forschungslücke, Forschungsfragen und Ziel

Internationale Forschung zeigt seit Jahren, dass es in der Gesundheitsversorgung relevante Unterschiede zwischen Frauen und Männern gibt. Frauen werden bei vergleichbaren Symptomen – etwa im Bereich Schmerz – häufig später

diagnostiziert, weniger invasiv behandelt und ihre Beschwerden eher psychosozialen Ursachen zugeschrieben (Chen, 2019). Männer nehmen präventive Angebote seltener wahr und sind bei psychischen Belastungen und depressiven Symptomen tendenziell unterdiagnostiziert. Für pflegesensitive Outcomes liegen Hinweise auf unterschiedliche Prävalenzmuster bei Dekubitus, Inkontinenz und Sturzrisiko vor (Lichterfeld-Kottner et al., 2020; Cox et al., 2015). Gleichzeitig fehlt ein systematisches, routinemäßiges Monitoring dieser Unterschiede in der Qualitätssicherung. Studien aus 11 europäischen Ländern verdeutlichen, dass die Gesundheits-Geschlechter-Lücke sowohl zwischen Ländern als auch zwischen Altersgruppen erheblich variiert; insbesondere in südeuropäischen Ländern zeigen sich ausgeprägte Nachteile für Frauen (Crimmins et al., 2011). Gleichzeitig wird das Potenzial vorhandener Datenquellen kaum ausgeschöpft: Trotz etablierter Pflegeindikatoren werden Outcomes in nationalen und internationalen Qualitätsberichten selten konsequent nach biologischem Geschlecht ausgewiesen. Die meisten Qualitätsinitiativen veröffentlichen vorrangig Gesamtergebnisse, sodass geschlechtsspezifische Risikoprofile, Versorgungsmuster und mögliche Ungleichheiten verborgen bleiben (WHO, 2019). In Österreich erfassen die Austrian Inpatient Quality Indicators (AIQI) seit 2013 mit über 200 medizinischen Ergebnisindikatoren routinemäßig Qualitätsdaten aus öffentlichen Krankenhäusern (BMSGPK, 2024). Geschlechterspezifische Berichte zu pflegesensitiven Qualitätsindikatoren im Akutbereich liegen bislang kaum vor; auch im Rahmen der PQE sind entsprechende Auswertungen nur vereinzelt verfügbar.

Vor diesem Hintergrund ergibt sich die zentrale Forschungslücke dieser Arbeit: Für das österreichische Akutsetting fehlen systematische, geschlechterstratifizierte Analysen der Prävalenzen pflegesensitiver Qualitätsindikatoren und der damit verbundenen präventiven und begleitenden Pflegemaßnahmen. In der PQE 2.0 werden entsprechende Indikatoren sowie die Variable Geschlecht zwar routinemäßig dokumentiert, geschlechtsspezifische Auswertungen werden bislang nicht umfassend genutzt, um mögliche Unterschiede in der Versorgung sichtbar zu machen.

Aus dieser Forschungslücke leiten sich die folgenden Forschungsfragen ab:

1. Wie unterscheidet sich die Prävalenz der Pflegeindikatoren (Dekubitus, Inkontinenz, Mangelernährung, Schmerz, Sturz, freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen) zwischen Frauen und Männern in Krankenhäusern?

2. Wie unterscheiden sich die präventiven und begleitenden Pflegemaßnahmen zwischen Frauen und Männern in österreichischen Krankenhäusern in Bezug auf die Pflegeindikatoren?

Durch die konsequente nach Geschlecht stratifizierte Auswertung der PQE-Daten sollen unterschiedliche Risikoprofile und Versorgungsmuster identifiziert werden. Damit trägt diese Arbeit dazu bei, ein vertieftes Verständnis geschlechtsspezifischer Unterschiede in der pflegerischen Versorgung zu entwickeln. Die Ergebnisse sollen eine empirische Grundlage für geschlechtersensible Qualitätsentwicklung, die Anpassung von Präventionsstrategien und Schulungskonzepten sowie für die Etablierung einer routinemäßigen, nach Geschlecht differenzierten Datenauswertung pflegesensitiver Qualitätsindikatoren in der Pflege schaffen. Auf diese Weise kann ein Beitrag zur Verringerung der geschlechtsspezifischen Datenlücke („Gender Data Gap“) geleistet werden.

Ziel der Arbeit ist es, mögliche geschlechterbezogene Unterschiede zwischen Frauen und Männern in den Prävalenzen der sechs pflegesensitiven Qualitätsindikatoren sowie in der Dokumentation und Umsetzung präventiver und begleitender Pflegemaßnahmen in österreichischen Krankenhäusern systematisch zu beschreiben und zu analysieren.

2 Methode

Zur Beantwortung der Forschungsfragen erfolgt eine quantitative Auswertung. Nachfolgend werden das Studiendesign, die Datensammlung, der Fragebogen, die ethischen Aspekte sowie das analytische Vorgehen erläutert.

2.1 Design

Diese Masterarbeit ist eine Sekundärdatenanalyse auf Basis der Daten der PQE 2.0. Die PQE 2.0 erfasst standardisiert pflegesensitive Qualitätsindikatoren in österreichischen Krankenhäusern, darunter Dekubitus, Inkontinenz, Mangelernährungsrisiko, Schmerz, Sturz sowie FEM, und dokumentiert dazugehörige präventive bzw. begleitende Pflegemaßnahmen (Lohrmann, 2023). Bei einer Sekundärdatenanalyse werden bereits erhobene Daten genutzt, um neue – in der ursprünglichen Erhebung nicht vorgesehene – Fragestellungen zu beantworten. Dieses Vorgehen ermöglicht eine effiziente Nutzung vorhandener Ressourcen, verkürzt Bearbeitungszeiten und eröffnet dennoch die Chance, unterschiedliche Fragestellungen zu prüfen und zusätzliche Erkenntnisse zu gewinnen (Kelly et al., 2024; Polit and Beck, 2021).

2.2 Datenerhebung

Die PQE 2.0 ist eine multizentrische Querschnittserhebung, die in jährlich festgelegten Erhebungszeiträumen durchgeführt wird (2019: 12. November; 2020: keine Erhebung aufgrund von COVID-19; 2021: 09. –11. November; 2022: 09. – 11. November; 2023: 08. –10. November). Teilnahmeberechtigt sind alle Krankenhäuser in Österreich; Pflegeheime nahmen in den genannten Erhebungszeiträumen nicht teil. Ziel der Erhebung ist die Gewinnung relevanter Daten zur Pflegequalität als Grundlage für die Implementierung zielgerichteter Maßnahmen zur Erhaltung und Verbesserung der Pflegequalität. Die Datenerhebung erfolgte in den jeweiligen Erhebungszeiträumen vor Ort durch Teams aus einer internen und einer externen diplomierten Pflegeperson; bei abweichenden Einschätzungen traf die bereichsunabhängige externe Pflegeperson die endgültige Entscheidung. Alle beteiligten Pflegepersonen wurden vorab geschult und erhielten standardisierte Trainingsmaterialien (Leitfäden, Beispiele), um eine einheitliche Anwendung des Instruments

sicherzustellen. Die Angaben wurden unmittelbar in den Einrichtungen mit einer passwortgeschützten, standardisierten Dokumentationssoftware erfasst. Zur Teilnahme berechtigt waren alle während des Erhebungszeitraums stationär anwesenden Patient*innen; eingeschlossen wurden jene, die eine schriftliche Einwilligung erteilten (Lohrmann, 2023; Lohrmann, 2020; Lohrmann, 2022).

2.3 Erhebungsinstrument

Die Datenerhebung erfolgte mittels eines standardisierten Fragenkatalogs auf drei Ebenen: Auf Einrichtungsebene werden Strukturmerkmale sowie Angaben zur organisationsbezogenen Qualitätssicherung dokumentiert. Auf Stationsebene werden stationsbezogene Angaben und Merkmale des jeweiligen Versorgungsbereichs erfasst. Auf Patient*innenebene werden demografische und klinische Informationen sowie pflegesensitive Qualitätsindikatoren einschließlich zugehöriger präventiver und begleitender Pflegemaßnahmen erhoben (Lohrmann, 2023). Im Rahmen der PQE 2.0 werden die folgenden pflegesensitiven Qualitätsindikatoren standardisiert erfasst: Dekubitus, Inkontinenz, Mangelernährungsrisiko, Schmerz, Sturz sowie FEM. Die Erhebung erfolgt anhand einheitlicher Definitionen und – je nach Indikator – unter Verwendung validierter Instrumente. Für jeden Indikator werden zusätzlich die durchgeführten präventiven bzw. begleitenden Pflegemaßnahmen systematisch erfasst.

Dekubitus wird im Erhebungszeitraum mittels klinischer Hautinspektion erhoben und gemäß den im Fragebogen vorgesehenen Stadien dokumentiert (Kategorie 1–4, „nicht klassifizierbar“ sowie „vermutete tiefe Gewebeschädigung“). Die verwendeten Kategorien entsprechen international gebräuchlichen Stadieneinteilungen (PACIFIC, 2019). Ergänzend wird das Dekubitusrisiko mithilfe der Braden-Skala eingeschätzt, die anhand von sechs Dimensionen (sensorische Wahrnehmung, Feuchtigkeit, Aktivität, Mobilität, Ernährung, Reibung/Scherkräfte) das individuelle Risiko bewertet; niedrigere Werte weisen auf ein höheres Risiko hin. Inkontinenz wird getrennt für UI und FI erfasst. Dokumentiert wird das aktuelle Vorliegen (ja/nein) zum Erhebungszeitpunkt (Lohrmann, 2023). Das Mangelernährungsrisiko wird mithilfe des Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) bestimmt. Der MUST-Score setzt sich aus drei Komponenten zusammen: Body-Mass-Index (BMI), ungewollter Gewichtsverlust in den letzten 3–6 Monaten sowie akute Erkrankung mit Nahrungskarenz über mehr als 5 Tage. Jede

Komponente wird mit 0–2 Punkten bewertet. Die Gesamtpunktzahl (0–6) klassifiziert das Risiko als niedrig (0), mittel (1) oder hoch (≥ 2) (Cederholm et al., 2017; Lohrmann, 2023). Schmerz wird mit zwei Items erhoben (momentaner Schmerz sowie Schmerzen während der letzten sieben Tage); zusätzlich wird die Schmerzintensität erfasst und zwischen akuten und chronischen Schmerzen unterschieden. Ein Sturz wird in der PQE definiert als unbeabsichtigtes Ereignis, bei dem eine Person auf dem Boden oder einer tieferen Ebene zu liegen kommt. Erhoben werden Stürze in den letzten 30 Tagen in der Einrichtung sowie das Sturzrisiko, definiert als mindestens ein Sturz in den letzten 12 Monaten. Zusätzlich werden bei aufgetretenen Stürzen die Verletzungsfolgen dokumentiert. FEM umfassen mechanische, körperliche, pharmakologische, psychische oder elektronische Interventionen, die die Bewegungsfreiheit einschränken. Erfasst wird das Vorliegen von FEM in den letzten 30 Tagen (ja/nein) sowie bei Anwendung die Art der Maßnahme, der Anlass und durchgeführte Begleitmaßnahmen (Lohrmann, 2023).

Zur Einschätzung des funktionellen Status bzw. der Pflegeabhängigkeit wird die Pflegeabhängigkeitsskala (PAS) verwendet. Die PAS bewertet 15 Dimensionen der Pflegeabhängigkeit auf einer fünfstufigen Skala (1 = völlig abhängig bis 5 = völlig unabhängig) (Lohrmann, 2023).

2.4 Ethik

Für die Erhebung der Daten aus den oben genannten einzelnen Jahren wurde jeweils ein positives Ethikvotum der Medizinischen Universität Graz eingeholt. Es wurden ausschließlich Daten von Patient*innen erhoben, die zuvor ihre Einwilligung erteilten. Die Anonymität wurde durch die Zuteilung von Identifikationscodes gewährleistet (Lohrmann, 2023).

2.5 Statistische Analyse

Die Auswertung erfolgte deskriptiv mit IBM® SPSS® Statistics 29; Abbildungen wurden in Microsoft Excel® 2016 erstellt. Im Fokus standen geschlechtsspezifische Unterschiede in den Prävalenzen der Pflegeindikatoren sowie in den zugehörigen Pflegemaßnahmen. Die Pflegeindikatoren wurden entsprechend ihrem Skalenniveau ausgewertet: überwiegend als dichotome Variablen (ja/nein; z. B. Dekubitus, Dekubitusrisiko nach Braden,

Mangelernährungsrisiko nach MUST, FEM), bei Schmerz als dreistufige kategoriale Variable (keine Schmerzen / Schmerzen, aber nicht täglich / tägliche Schmerzen) und bei Inkontinenz getrennt nach Harn-, Stuhl- und Doppelinkontinenz. Stürze wurden für zwei Zeiträume (letzte 30 Tage bzw. letzte 12 Monate) analysiert. Kategoriale Variablen wurden als Häufigkeiten und Prozentanteile, metrische Variablen als Mittelwert \pm Standardabweichung berichtet.

Gruppenvergleiche kategorialer Merkmale erfolgten mittels Kreuztabellen und Chi-Quadrat-Tests; bei 2x2-Tabellen mit kleinen erwarteten Häufigkeiten wurde zusätzlich der exakte Test nach Fisher ausgegeben. Für den Vergleich metrischer bzw. ordinalskaliertter Variablen (z. B. Alter, Anzahl der Diagnosen, Pflegeabhängigkeit) wurden – abhängig von der Verteilung – t-Tests für unabhängige Stichproben oder nichtparametrische Tests (Mann-Whitney-U-Test) eingesetzt. Das Signifikanzniveau betrug $\alpha = 0,05$ (zweiseitig).

Die Anzahl gültiger Fälle (Valid N) wurde je Analyse ausgewiesen; Prozentangaben beziehen sich auf die jeweils gültigen Fälle. Die Bezugsgröße variiert je nach Pflegeindikator aufgrund fehlender Werte. Präventive und begleitende Pflegemaßnahmen wurden indikatorspezifisch nur in den jeweils relevanten Subgruppen analysiert. Eingeschlossen wurden: bei Dekubitus Personen mit Dekubitusrisiko nach Braden sowie Personen mit manifestem Dekubitus; bei Inkontinenz Personen mit Harninkontinenz; bei Mangelernährung Personen mit MUST-basiertem Risiko; bei Schmerz Personen mit Schmerzen in den letzten 7 Tagen; bei Sturz Personen mit Sturzrisiko (mind. 1 Sturz in den letzten 12 Monaten); und bei freiheitsein-/beschränkender Maßnahme Personen mit dokumentierter FEM. Geschlechtsspezifische Ergebnisse werden einheitlich dargestellt, indem Männer den Frauen gegenübergestellt werden.

3 Ergebnisse

Das folgende Kapitel gibt einen Überblick über die Ergebnisse der Datenauswertung auf Grundlage der PQE-Erhebungen der Jahre 2019 bis 2023. Nach der Beschreibung der Stichprobe werden die Ergebnisse zu den Pflegeindikatoren, den dazugehörigen Präventions- und Interventionsmaßnahmen sowie die geschlechtsspezifischen Analysen dargestellt.

Insgesamt wurden 12 650 Patient*innen (100 %) aus österreichischen Krankenhäusern in die PQEs der Jahre 2019 bis 2023 einbezogen. 9 292 Patient*innen (73,5 %) stimmten der Teilnahme zu; bei drei dieser Teilnehmenden fehlte die Geschlechtsangabe. Für geschlechtsspezifische Analysen wurden daher 9 289 Patient*innen (73,4 %) berücksichtigt.

Die Verteilung der Daten über die Erhebungsjahre war ausgewogen. 29,5 % der Datensätze stammten aus dem Jahr 2019, 10,8 % aus 2021, 30,9 % aus 2022 und 28,9 % aus 2023. Im Jahr 2020 wurde pandemiebedingt keine Datenerhebung durchgeführt.

3.1 Charakteristika der Stichprobe

Von insgesamt 9 289 Teilnehmer*innen mit gültiger Geschlechtsangabe waren 49,1% männlich und 50,9 % weiblich (siehe Abbildung 1).

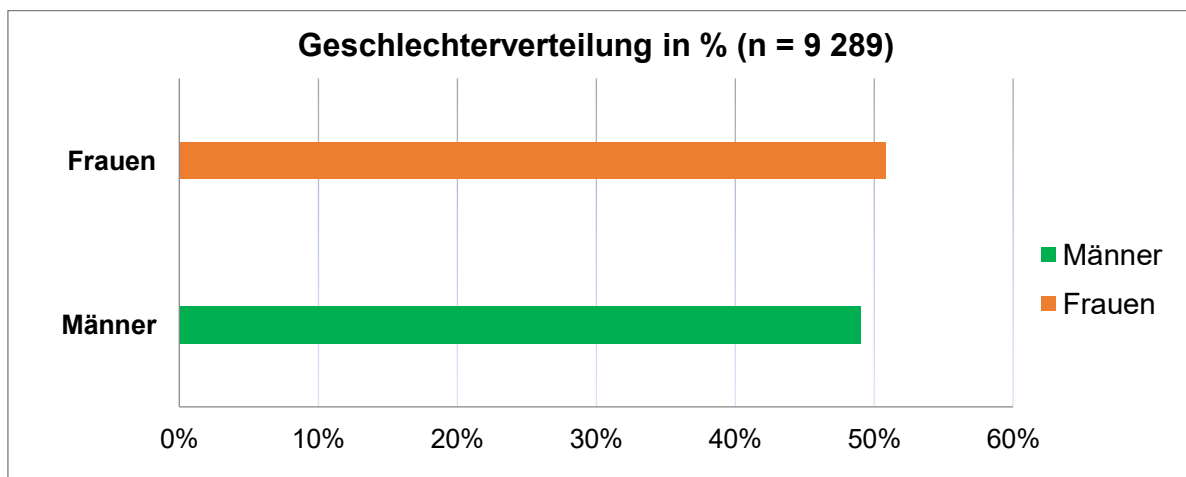


Abbildung 1: Geschlechterverteilung (n = 9 289)

Die Teilnehmer*innen waren durchschnittlich 67,3 Jahre alt (SA = 16,9; Spannweite: 18–102 Jahre). Männer waren mit 66,1 Jahre (SA = 16,2) etwas jünger als Frauen, die im Schnitt 68,4 Jahre (SA = 17,5) alt waren. Der Pflegeabhängigkeitsscore (Care Dependency Total Score) lag im Durchschnitt bei

64,3 Punkten (SA = 15,98; Wertebereich = 15–75). Männer und Frauen unterschieden sich dabei nicht wesentlich (Männer: MW = 64,6; Frauen: MW = 64,1). Mehr als die Hälfte der Erhebungen wurde auf medizinischen (49,2 %) und chirurgischen (33,8 %) Stationen durchgeführt. Weitere vertretene Fachbereiche waren psychiatrische Abteilungen (3,6 %), akutgeriatrische Stationen (2,9 %), Intensivstationen (1,9 %), sowie geburtshilfliche Abteilungen (1,3 %). Andere Fachrichtungen wie geriatrische Rehabilitation, palliativmedizinische Einheiten, Gedächtnisambulanzen oder ambulante Pflege machten jeweils weniger als ein Prozent der Gesamtstichprobe aus. Die Anzahl medizinischer Diagnosen konzentrierte sich auf 1–4 Diagnosen (zusammen ≈ 83 % der Fälle; 1: 31,6 %, 2: 23,0 %, 3: 16,1 %, 4: 12,2 %). Eine Übersicht der demografischen und pflegerelevanten Merkmale der untersuchten Patient*innen sind in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1 Charakteristika der Stichprobe

Merkmal	Gesamt	Männer	Frauen
Gesamtzahl Fälle	12 650 (100 %)		
Teilnehmende (Einwilligung)	9292 (73,5 %)		
Analysestichprobe (gültiges Geschlecht)	9289	4563 (49,1 %)	4726 (50,9 %)
Erhebungsjahr, n (%)			
2019	2737 (29,5 %)	1307 (28,6 %)	1430 (30,3 %)
2021	1001 (10,8 %)	496 (10,9 %)	505 (10,7 %)
2022	2868 (30,9 %)	1397 (30,6 %)	1471 (31,1 %)
2023	2683 (28,9 %)	1363 (29,9 %)	1320 (27,9 %)
Stationstyp n (%)			
Medizinische Station	4568 (49,2 %)	2271 (49,8 %)	2297 (48,6 %)
Chirurgische Station	3143 (33,8 %)	1650 (36,2 %)	1493 (31,6 %)
Psychiatrische Station	330 (3,6 %)	140 (3,1 %)	190 (4,0 %)
Akutgeriatrie	268 (2,9 %)	100 (2,2 %)	168 (3,6 %)
Intensivstation	181 (1,9 %)	119 (2,6 %)	62 (1,3 %)
Geburtshilfe	122 (1,3 %)	4 (0,1 %)	118 (2,5 %)

Merkmal	Gesamt	Männer	Frauen
Sonstige Bereiche ¹	677 (7,3 %)	279 (6,1 %)	398 (8,4 %)
Alter (Jahre), M ±SD; (Spannweite)	67,3 ±16,9 (18- 102)	66,1 ±16,2 (18- 101)	68,4 ±17,5 (18- 102)
Pflegeabhängigkeit, M ±SD (Spannweite)	64,3 ±16,0 (15- 75)	64,6 ±16,0	64,1 ±15,4
Diagnosenanzahl (kategorisiert), n (%)	9289 (100 %)		
0	57 (0,6 %)	25 (0,5 %)	32 (0,7 %)
1	2935 (31,6 %)	1401 (30,7 %)	1534 (32,5 %)
2	2137 (23,0 %)	1071 (23,5 %)	1066 (22,6 %)
3	1499 (16,1 %)	768 (16,8 %)	731 (15,5 %)
4	1132 (12,2 %)	558 (12,2 %)	574 (12,1 %)
≥ 5	1529 (16,5 %)	740 (16,2 %)	789 (16,7 %)

¹„Sonstige Bereiche“ = zusammengefasst aus mehreren Stationstypen, die jeweils einzeln < 1 % ausmachen

Prozentangaben in den Spalten Männer/Frauen beziehen sich auf die jeweilige Geschlechtsgruppe

3.2 Prävalenz der Pflegeindikatoren

In den folgenden Kapiteln werden die Ergebnisse zu den Häufigkeiten der Pflegeindikatoren sowie die möglichen Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Patient*innen dargestellt. Abbildung 2 zeigt die Prävalenzen der Pflegeindikatoren nach Geschlecht; die Detailwerte sind in Tabelle 9 im Anhang angeführt.

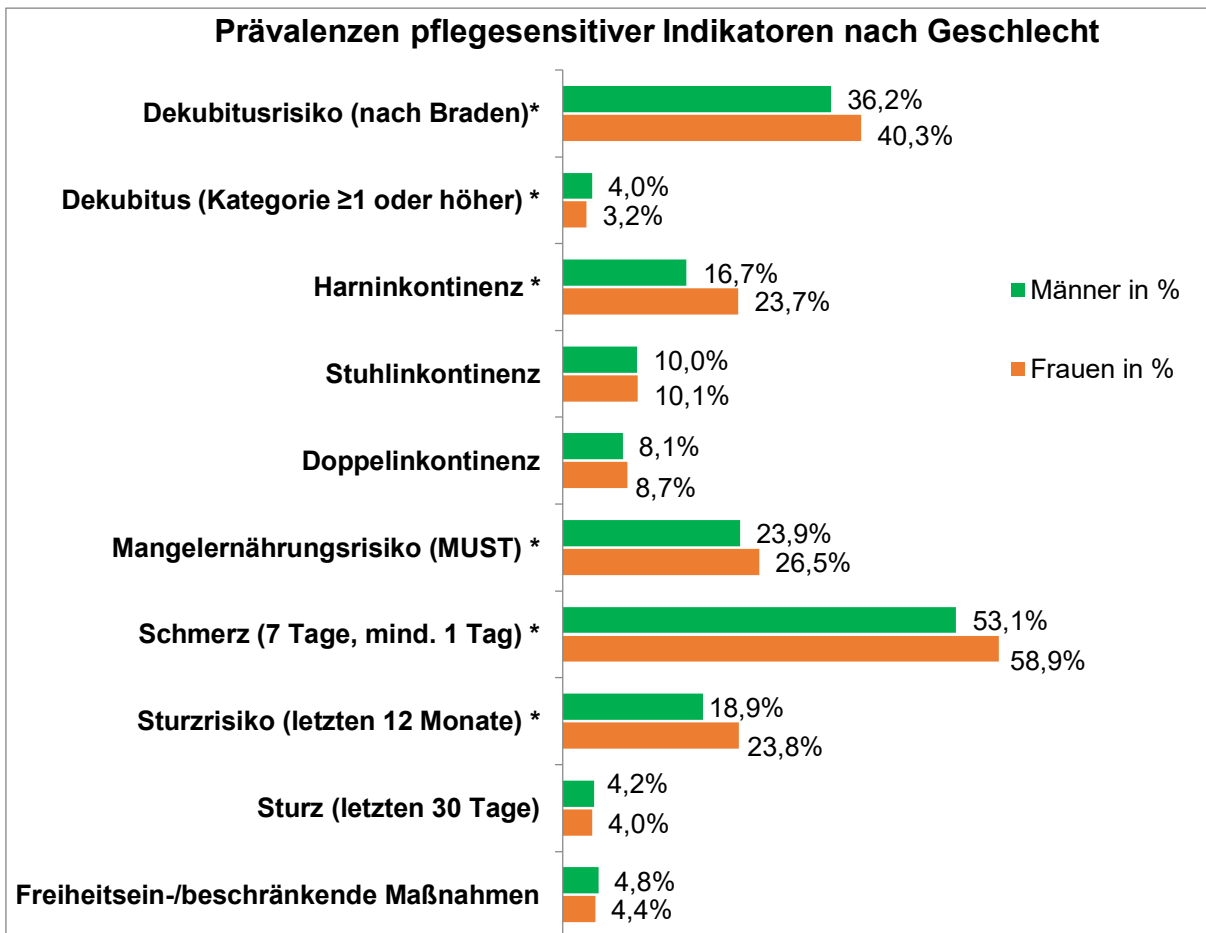


Abbildung 2: Prävalenzen der einzelnen Pflegeindikatoren nach Geschlecht (* = $p < .05$)

3.2.1 Dekubitusprävalenz nach Geschlecht

Daten von 9 144 Patient*innen standen zur Verfügung. Insgesamt wiesen 3,6 % der Patient*innen einen Dekubitus der Kategorie 1 oder höher auf. Die Prävalenz lag bei 4,0 % der Männer und 3,2 % der Frauen. Damit waren Dekubiti bei Männern etwas häufiger dokumentiert als bei Frauen. Eine Kreuztabellenanalyse (Chi-Quadrat-Test) ergab einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen Geschlecht und Dekubitus Vorkommen ($p = 0,041$).

Für das Dekubitusrisiko nach Braden lagen Daten von 9 274 Patient*innen vor. Insgesamt wiesen 38,3 % ein Dekubitusrisiko auf; bei Männern 36,2 % und bei Frauen 40,3 %. Der Zusammenhang zwischen Geschlecht und Dekubitusrisiko nach Braden war statistisch signifikant ($p < 0,001$).

3.2.2 Inkontinenzprävalenz nach Geschlecht

Für die Analyse standen Daten von 8 887 Patient*innen zur Verfügung. Insgesamt wiesen 20,3 % der Patient*innen eine Harninkontinenz auf. Die Prävalenz lag bei

16,7 % der Männer und 23,7 % der Frauen. Damit war Harninkontinenz bei Frauen häufiger dokumentiert als bei Männern. Eine Kreuztabellenanalyse (Chi-Quadrat-Test) ergab einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen Geschlecht und Harninkontinenz ($p < .001$).

Stuhlinkontinenz wiesen insgesamt 10,0 % der Patient*innen auf. Geschlechtsspezifisch zeigte sich eine Prävalenz von 10,0 % bei Männern und 10,1 % bei Frauen. Männer und Frauen waren folglich nahezu gleich oft betroffen. Eine Kreuztabellenanalyse (Chi-Quadrat-Test) ergab keinen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen Geschlecht und Stuhlinkontinenz ($p = 0,883$).

Bei der Doppelinkontinenz lag die Prävalenz in der Gesamtstichprobe bei 8,4 %, wobei Frauen mit 8,7 % geringfügig häufiger betroffen waren als Männer mit 8,1 %. Eine Kreuztabellenanalyse (Chi-Quadrat-Test) ergab keinen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen Geschlecht und Doppelinkontinenz ($p = 0,268$).

3.2.3 Prävalenz des Mangelernährungsrisikos nach Geschlecht

Das Mangelernährungsrisiko wurde aus Daten von 7 462 Patient*innen analysiert. Insgesamt wiesen 25,2 % der Patient*innen ein Risiko für Mangelernährung gemäß dem MUST auf. Geschlechtsspezifisch zeigte sich, dass 26,5 % der Frauen und 23,9 % der Männer ein Mangelernährungsrisiko aufwiesen; Frauen waren somit signifikant häufiger betroffen (Chi-Quadrat-Test, $p = 0,010$).

3.2.4 Schmerzprävalenz nach Geschlecht

Für die Auswertung der Schmerzprävalenz wurden Daten von 8 742 Patient*innen einbezogen. Insgesamt berichteten 56,1 % der Patient*innen über Schmerzen in den letzten sieben Tagen. 26,5 % gaben Schmerzen an, jedoch nicht täglich, während 29,6 % tägliche Schmerzen berichteten. Geschlechtsspezifisch zeigte sich, dass Frauen häufiger Schmerzen berichteten als Männer: Tägliche Schmerzen traten bei 31,8 % der Frauen und 27,3 % der Männer auf. Keine Schmerzen wurden bei 41,1 % der Frauen und 46,9 % der Männer angegeben. Eine Kreuztabellenanalyse (Chi-Quadrat-Test) zeigte einen signifikanten Zusammenhang zwischen Geschlecht und Schmerzvorkommen ($p < .001$).

3.2.5 Sturzprävalenz nach Geschlecht

Von 9 289 Patient*innen lagen vollständige Sturzdaten vor. Analysiert wurden Sturzereignisse in den letzten 30 Tagen sowie das Sturzrisiko anhand von Stürzen in den letzten 12 Monaten.

Bei der Analyse des Sturzrisikos gaben insgesamt 21,4 % der Patient*innen an, in den letzten 12 Monaten gestürzt zu sein. Geschlechtsspezifisch zeigte sich, dass 23,8 % der Frauen und 18,9 % der Männer ein Sturzrisiko aufwiesen. Frauen waren damit häufiger betroffen. Eine Kreuztabellenanalyse (Chi-Quadrat-Test) ergab einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen Geschlecht und Sturzrisiko ($p < 0,001$).

Die Sturzprävalenz in den letzten 30 Tagen betrug insgesamt 4,1 %. Bei Männern lag sie bei 4,2 %, bei Frauen bei 4,0 %, womit sich nur ein minimaler Unterschied zwischen den Geschlechtern zeigte. Der Chi-Quadrat-Test ergab keinen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen Geschlecht und Sturzvorkommen ($p = 0,854$).

3.2.6 Freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen nach Geschlecht

Die Analyse basiert auf Daten von 8 814 Patient*innen. Insgesamt wurden bei 4,6 % der Patient*innen in den letzten 30 Tagen Freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen (FEM) (z. B. Bettgitter, Fixierungen oder Gurte) angewendet. Die Prävalenz lag bei 4,8 % der Männer und 4,4 % der Frauen. Damit wurden FEM bei Männern etwas häufiger dokumentiert als bei Frauen. Eine Kreuztabellenanalyse (Chi-Quadrat-Test) ergab keinen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen Geschlecht und der Anwendung von FEM ($p = 0,300$).

Nach der Darstellung der Häufigkeiten der Pflegeindikatoren folgt im nächsten Abschnitt die Analyse der präventiven und begleitenden Interventionen zu diesen Pflegeindikatoren.

3.3 Präventive und begleitende Interventionen zu den Pflegeindikatoren

Die Interventionen wurden getrennt für Patient*innen mit einem entsprechenden Risiko bzw. mit dem Vorliegen des Pflegeindikators analysiert. Auf diese Weise konnten mögliche Unterschiede in der Anwendung präventiver und begleitender

Maßnahmen zwischen Männern und Frauen untersucht und in den folgenden Abschnitten dargestellt werden.

3.3.1 Dekubitus: Geschlechtsunterschiede in Präventions- und Begleitmaßnahmen

Von den 9 289 untersuchten Patient*innen wiesen 3 548 (38,2 %) ein Dekubitusrisiko nach Braden auf, davon 1 650 Männer (46,5 %) und 1 898 Frauen (53,5 %).

Bei Patient*innen mit Dekubitusrisiko (n = 3 548) waren Basismaßnahmen am häufigsten dokumentiert: Hautinspektion (87,0 %), Hautschutz/Barrierecreme (69,2 %) und dekubitusspezifische Mobilisation (59,0 %). Bei 7,2 % der Risiko-Patient*innen war keine Intervention dokumentiert, eine vollständige Ablehnung aller Maßnahmen trat nur vereinzelt auf (0,2 %).

Im Geschlechtsvergleich wurden mehrere signifikante Unterschiede deutlich. Frauen erhielten häufiger regelmäßige Hautinspektion (88,5 % vs. 85,2 %; p = .004) und gezielte Bewegungsförderung/Mobilisation (60,9 % vs. 56,8 %; p = .016). Männer erhielten häufiger Pflegerollstuhl (14,2 % vs. 11,4 %; p = .014), Wechsellagerung/Positionswechsel im Liegen anhand eines Zeitplans (35,2 % vs. 31,1 %; p = .010), Druckentlastung anderer Körperstellen (35,6 % vs. 32,3 %; p = .036). Bei Männern wurde zudem häufiger „keine Maßnahmen“ dokumentiert (8,4 % vs. 6,2 %; p = .011). Die vollständige Verteilung ist in Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2: Präventive Maßnahmen bei Dekubitusrisiko (Braden) nach Geschlecht (n = 3 548)

Intervention	Gesamt n (%)	Männer n (%)	Frauen n (%)	p
Regelmäßige Hautinspektion*	3086 (87,0)	1406 (85,2)	1680 (88,5)	.004
Feuchtigkeits- oder Hautschutzcremes/-Produkte	2455 (69,2)	1120 (67,9)	1335 (70,3)	.114
Gezielte Bewegungsförderung/Mobilisation*	2093 (59,0)	938 (56,8)	1155 (60,9)	.016
Fersenfreilagerung /Anheben der Fersen	1496 (42,2)	711 (43,1)	785 (41,4)	.298

Intervention	Gesamt n (%)	Männer n (%)	Frauen n (%)	p
Patient*innenedukation zur Prävention und/oder Behandlung von Dekubitus	1383 (39,0)	651 (39,5)	732 (38,6)	.589
Passive druckverteilende Matratze/Auflage	1350 (38,0)	630 (38,2)	720 (37,9)	.880
Prävention oder Behandlung von Flüssigkeits- und/oder Ernährungsdefiziten	1228 (34,6)	594 (36,0)	634 (33,4)	.105
Druckentlastung anderer Körperstellen *	1201 (33,9)	588 (35,6)	613 (32,3)	.036
Wechsellagerung/Positionswechsel im Liegen anhand Zeitplan *	1170 (33,0)	580 (35,2)	590 (31,1)	.010
Sitzauflage	459 (12,9)	218 (13,2)	241 (12,7)	.649
Pflegerollstuhl*	451 (12,7)	234 (14,2)	217 (11,4)	.014
Aktive druckverteilende Matratze/Auflage	406 (11,4)	203 (12,3)	203 (10,7)	.134
Keine Maßnahmen*	257 (7,2)	139 (8,4)	118 (6,2)	.011
Andere Maßnahmen	178 (5,0)	88 (5,3)	90 (4,7)	.421
Ablehnung aller Maßnahmen bzgl. Dekubitus	6 (0,2)	4 (0,2)	2 (0,1)	.322

* p < .05 (Chi²-Test);

Bei Patient*innen mit dokumentiertem Dekubitus (n = 333) fand sich nur bei einer Intervention ein signifikanter Geschlechtsunterschied: Aktive druckverteilende Matratze/Auflage wurde vermehrt bei Männern eingesetzt (44,0 % vs. 33,1 %; p = .043). Für alle übrigen Interventionen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede (alle p > .05). Die vollständige Verteilung aller begleitenden Maßnahmen bei Patient*innen mit dokumentiertem Dekubitus ist in Tabelle 3 dargestellt.

Tabelle 3: Begleitende Maßnahmen bei Patient*innen mit dokumentiertem Dekubitus nach Geschlecht (n = 333)

Intervention	Gesamt n (%)	Männer n (%)	Frauen n (%)	p
Regelmäßige Hautinspektion	321 (96,4)	173 (95,1)	148 (98,0)	.149
Feuchtigkeits- oder Hautschutzcremes/-Produkte	285 (85,6)	156 (85,7)	129 (85,4)	.941
Gezielte Bewegungsförderung/Mobilisation	210 (63,1)	108 (59,3)	102 (67,5)	.122
Fersenfreilagerung/ Anheben der Fersen	242 (72,7)	139 (76,4)	103 (68,2)	.096
Patient*innenedukation zur Prävention und/oder Behandlung von Dekubitus	170 (51,1)	87 (47,8)	83 (55,0)	.193
Passive druckverteilende Matratze/Auflage	122 (36,6)	64 (35,2)	58 (38,4)	.541
Prävention oder Behandlung von Flüssigkeits- und/oder Ernährungsdefiziten	162 (48,6)	90 (49,5)	72 (47,7)	.748
Druckentlastung anderer Körperstellen	217 (65,2)	126 (69,2)	91 (60,3)	.087
Wechsellagerung/Positionswechsel im Liegen anhand Zeitplan	204 (61,3)	114 (62,6)	90 (59,6)	.571
Sitzauflage	50 (15,0)	28 (15,4)	22 (14,6)	.836
Pflegerollstuhl	44 (13,2)	26 (14,3)	18 (11,9)	.526
Aktive druckverteilende Matratze/Auflage *	130 (39,0)	80 (44,0)	50 (33,1)	.043
Keine Maßnahmen	1 (0,3)	1 (0,5)	0 (0,0)	.362
Andere Maßnahmen	24 (7,2)	13 (7,1)	11 (7,3)	.960
Ablehnung aller Maßnahmen bzgl. Dekubitus	1 (0,3)	1 (0,5)	0 (0,0)	.362

* p < .05 (Chi²-Test);

3.3.2 Harninkontinenz: Geschlechtsunterschiede in Begleitmaßnahmen

Von den 8 887 untersuchten Fällen wiesen 1 803 (20,3 %) eine UI auf, davon 728 Männer (40,4 %) und 1 075 Frauen (59,6 %). Die nachfolgenden Analysen zu begleitenden Maßnahmen beziehen sich ausschließlich auf Patient*innen mit dokumentierter UI (n = 1 803).

Bei Patient*innen mit UI waren absorbierende Hilfsmittel am häufigsten dokumentiert (76,8 %), gefolgt von Umwelt-/Kleidungsanpassungen (44,8 %). Eine formale Beurteilung bzw. Typisierung der Inkontinenz erfolgte in 24,2 %, eine Medikationsprüfung in 21,8 % der Fälle. Lebensstilinterventionen wurden in 9,5 % dokumentiert. Funktionelle bzw. verhaltensorientierte Maßnahmen waren seltener: Blasentraining (7,3 %), individuelle Toilettenszeitpläne (7,5 %) und Beckenbodentraining (3,4 %). Bei 8,9 % der Patient*innen mit UI war keine Intervention dokumentiert.

Im Geschlechtsvergleich zeigten sich nur bei zwei Interventionen signifikante Unterschiede. Frauen wiesen häufiger ein Assessment der Harninkontinenzform (26,0 % vs. 21,6 %; $p = .033$) und erhielten häufiger einen individuellen Toilettenszeitplan (8,9 % vs. 5,4 %; $p = .005$). Für die übrigen Maßnahmen ergaben sich keine signifikanten Geschlechtsunterschiede (alle $p > .05$). Die vollständige Verteilung ist in Tabelle 4 dargestellt.

Tabelle 4: Begleitende Maßnahmen bei Patient*innen mit Harninkontinenz nach Geschlecht ($n = 1\ 803$)

Intervention	Gesamt n (%)	Männer n (%)	Frauen n (%)	p
Produkte/Hilfsmittel	1385 (76,8)	543 (74,6)	842 (78,3)	.065
Umgebungs- /Kleidungsanpassungen	808 (44,8)	323 (44,4)	485 (45,1)	.754
Assessment Harninkontinenzform*	436 (24,2)	157 (21,6)	279 (26,0)	.033
Lebensstilanpassung	172 (9,5)	61 (8,4)	111 (10,3)	.167
Individueller Toilettenszeitplan *	135 (7,5)	39 (5,4)	96 (8,9)	.005
Blasentraining	130 (7,2)	43 (5,9)	87 (8,1)	.078
Evaluierung Medikation	393 (21,8)	152 (20,9)	241 (22,4)	.437
Medikation	98 (5,4)	48 (6,6)	50 (4,7)	.074
Überweisung Expert*in	77 (4,3)	39 (5,4)	38 (3,5)	.060
Beckenbodentraining	61 (3,4)	19 (2,6)	42 (3,9)	.135
Abteilungs-Toilettenplan	19 (1,1)	7 (1,0)	12 (1,1)	.752
Blasentagebuch	5 (0,3)	1 (0,1)	4 (0,4)	.352
Andere Maßnahmen	165 (9,2)	68 (9,3)	97 (9,0)	.819

Intervention	Gesamt n (%)	Männer n (%)	Frauen n (%)	p
Keine Maßnahmen	161 (8,9)	68 (9,3)	93 (8,7)	.614
Ablehnung aller Maßnahmen bzgl. UI	14 (0,8)	7 (1,0)	7 (0,7)	.461

* p < .05 (Chi²-Test);

3.3.3 Mangelernährungsrisiko: Geschlechtsunterschiede in Präventionsmaßnahmen

Von den 9 289 untersuchten Patient*innen wurde bei 1 880 (20,2 %) ein Mangelernährungsrisiko nach MUST dokumentiert, davon 876 Männer (46,6 %) und 1 004 Frauen (53,4 %). Eine manifeste Mangelernährung wird in der PQE 2.0 nicht erhoben.

Bei Patient*innen mit Mangelernährungsrisiko (n = 1 880) waren Basismaßnahmen am häufigsten dokumentiert: Mangelernährungs-Screening (58,2 %), bevorzugte Speisen (50,7 %) und Überweisung an die Diätologie (35,3 %). Weitere häufige Maßnahmen waren Anpassung des Mahlzeiten-Ambientes (24,6 %), orale Nahrungssupplemente (21,6 %), Konsistenzanpassungen (19,4 %) sowie energie-/proteinangereicherte Kost (15,2 %). Information für Klientinnen/Angehörige (15,5 %), Unterstützung bei Mahlzeiten (14,1 %), Flüssigkeitsbilanzlisten (11,8 %), Ernährungsmonitoring (10,5 %) und energie-/proteinangereicherte Snacks (10,5 %) wurden ebenfalls eingesetzt. Enterale (4,1 %) und parenterale Ernährung (6,4 %) traten selten auf. Bei 10,8 % der Risiko-Patient*innen war keine Intervention dokumentiert, eine vollständige Ablehnung aller Maßnahmen trat nur vereinzelt auf (0,1 %).

Im Geschlechtsvergleich wurden fünf signifikante Unterschiede deutlich. Frauen erhielten häufiger Wunschkost (53,6 % vs. 47,5 %; p = .008). Bei Männern wurden häufiger folgende Maßnahmen dokumentiert: Überwachung der Flüssigkeitsaufnahme durch das Führen eines Trinkprotokolls (13,7 % vs. 10,2 %; p = .018), Sondennahrung (5,9 % vs. 2,6 %; p < .001), parenterale Ernährung (7,6 % vs. 5,3 %; p = .036) sowie andere Interventionen (6,6 % vs. 3,9 %; p = .007). Die vollständige Verteilung ist in Tabelle 5 dargestellt.

Tabelle 5: Präventive Maßnahmen bei Mangelernährungsrisiko (MUST) nach Geschlecht (n = 1 880)

Intervention	Gesamt n (%)	Männer n (%)	Frauen n (%)	p
Mangelernährungs-Screening	1094 (58,2)	521 (59,5)	573 (57,1)	.292
Wunschkost *	954 (50,7)	416 (47,5)	538 (53,6)	.008
Überweisung Diätolog*in	663 (35,3)	303 (34,6)	360 (35,9)	.566
Anpassung Mahlzeiten-Ambiente	462 (24,6)	210 (24,0)	252 (25,1)	.571
Orale Trink-/Zusatznahrung	406 (21,6)	184 (21,0)	222 (22,1)	.561
Anpassung Nahrungskonsistenz	365 (19,4)	184 (21,0)	181 (18,0)	.104
Energie-/proteinangereicherte Kost	286 (15,2)	122 (13,9)	164 (16,3)	.147
Patient*innen-/Angehörigeninformation zu Ernährung	291 (15,5)	138 (15,8)	153 (15,2)	.758
Unterstützung während Mahlzeiten	266 (14,1)	116 (13,2)	150 (14,9)	.292
Flüssigkeitsüberwachung durch Trinkprotokoll *	222 (11,8)	120 (13,7)	102 (10,2)	.018
Nahrungsüberwachung durch Tellerprotokoll	198 (10,5)	95 (10,8)	103 (10,3)	.680
Energie-/proteinangereicherte Zwischenmahlzeiten	197 (10,5)	95 (10,8)	102 (10,2)	.628
Parenterale Ernährung *	120 (6,4)	67 (7,6)	53 (5,3)	.036
Sondennahrung *	78 (4,1)	52 (5,9)	26 (2,6)	<.001
Andere Interventionen*	97 (5,2)	58 (6,6)	39 (3,9)	.007
Keine Interventionen	203 (10,8)	82 (9,4)	121 (12,1)	.061
Ablehnung aller Maßnahmen bzgl. Mangelernährung	2 (0,1)	1 (0,1)	1 (0,1)	.923

* p < .05 (Chi²-Test);

3.3.4 Schmerz: Geschlechtsunterschiede in Begleitmaßnahmen

Von den 9 289 untersuchten Patient*innen berichteten 2 319 (25,0 %) Schmerzen in den letzten 7 Tagen, davon 1 110 Männer (47,9 %) und 1 209 Frauen (52,1 %). Bei Patient*innen mit Schmerzen (n = 2 319) waren medikamentöse Maßnahmen am häufigsten dokumentiert (79,9 %), gefolgt von nicht-medikamentöse Maßnahmen (57,9 %). Unter den nicht- medikamentösen Maßnahmen dominierten Physiotherapie (35,7 %), Patient*innenedukation (26,7 %), Kälte-/Wärmetherapie (10,7 %), Ergotherapie (10,0 %) und Ruhigstellen (9,1 %). Psycho-/Verhaltenstherapie (4,2 %), Entspannungstherapien (3,6 %), Musiktherapie (2,2 %), transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS) (0,7 %) und Akupunktur (0,7 %) wurden seltener eingesetzt. Im pharmakologischen Bereich dominierten Nicht-Opioide (74,3 %), darunter NSAR (34,5 %), Paracetamol (26,1 %) und andere Nicht-Opioide (25,8 %). Opioide wurden bei 23,3 % verabreicht, davon starke Opioide bei 20,6 % und schwach wirksame Opioide bei 3,1 %. Antidepressiva (6,0 %) und Antiepileptika (4,6 %) traten seltener auf. Bei 8,7 % der Patient*innen mit Schmerzen war keine Intervention dokumentiert, eine vollständige Ablehnung aller Maßnahmen trat nur vereinzelt auf (0,8 %).

Im Geschlechtsvergleich wurden zehn signifikante Unterschiede deutlich. Bezüglich der Hauptkategorien erhielten Frauen häufiger nicht-medikamentöse Maßnahmen (61,2 % vs. 54,0 %; $p = .037$), sowie medikamentöse Maßnahmen (82,3 % vs. 77,3 %; $p = .008$). Innerhalb der nicht-medikamentöse Maßnahmen erhielten Frauen häufiger: Physiotherapie (38,5 % vs. 32,6 %; $p = .043$), Musiktherapie (3,0 % vs. 1,3 %; $p = .047$), Entspannungstherapien (4,7 % vs. 2,5 %; $p = .041$), Ergotherapie (11,7 % vs. 8,1 %; $p = .026$), während Männer häufiger Patient*innenedukation erhielten (28,6 % vs. 24,9 %; $p = .026$). Innerhalb der medikamentöse Maßnahmen erhielten Frauen häufiger Nicht-Opioide (76,9 % vs. 71,4 %; $p = .019$) und Antidepressiva (7,6 % vs. 4,2 %; $p = .005$). Bei Männern wurde häufiger „keine Maßnahme“ dokumentiert (10,5 % vs. 7,0 %; $p = .035$). Die vollständige Verteilung ist in Tabelle 6 dargestellt.

Tabelle 6: Begleitende Maßnahmen bei Schmerzen in den letzten 7 Tagen nach Geschlecht (n = 2 319)

Intervention	Gesamt n(%)	Männer n (%)	Frauen n (%)	p
Nicht-medikamentöse Maßnahmen*	1 343 (57,9)	511 (46,0)	832 (54,0)	.037
Physiotherapie*	828 (35,7)	373 (45,0)	455 (55,0)	.043
Patient*innenedukation*	618 (26,7)	319 (51,7)	299 (48,3)	.026
Kälte-/Wärmetherapie	249 (10,7)	122 (49,0)	127 (51,0)	.562
Ergotherapie*	231 (10,0)	94 (40,9)	137 (59,1)	.026
Ruhigstellen	212 (9,1)	103 (48,6)	109 (51,4)	.447
Psycho- und Verhaltenstherapie	98 (4,2)	47 (48,0)	51 (52,0)	.244
Entspannungstherapie*	84 (3,6)	31 (36,9)	53 (63,1)	.041
Musiktherapie*	50 (2,2)	17 (34,0)	33 (66,0)	.047
TENS	17 (0,7)	9 (52,9)	8 (47,1)	.412
Akupunktur	17 (0,7)	9 (52,9)	8 (47,1)	.412
Andere nicht- medikamentöse Maßnahmen	292 (12,6)	140 (47,9)	152 (52,1)	.234
Medikamentöse Maßnahmen*	1853 (79,9)	862 (46,5)	991 (53,5)	.008
Nicht-Opioide*	1722 (74,3)	798 (46,4)	924 (53,6)	.019
Paracetamol	605 (26,1)	283 (46,8)	322 (53,2)	.425
NSAR	800 (34,5)	383 (47,9)	417 (52,1)	.345
Antidepressiva*	140 (6,0)	51 (36,4)	89 (63,6)	.005
Antiepileptika	107 (4,6)	51 (47,7)	56 (52,3)	.453
Andere Nicht-Opioide	599 (25,8)	272 (45,4)	327 (54,6)	.153
Opioide	541 (23,3)	261 (48,2)	280 (51,8)	.300
Schwachwirksame Opioide	73 (3,1)	37 (50,7)	36 (49,3)	.591
Starke Opioide	477 (20,6)	229 (48,0)	248 (52,0)	.347
Andere Maßnahmen	129 (5,6)	57 (44,2)	72 (55,8)	.197

Intervention	Gesamt n(%)	Männer n (%)	Frauen n (%)	p
Keine Maßnahmen*	202 (8,7)	111 (55,0)	91 (45,0)	.035
Ablehnung aller Maßnahmen bzgl. Schmerzreduktion	19 (0,8)	9 (47,4)	10 (52,6)	.810

* p < .05 (Chi²-Test);

3.3.5 Sturz: Geschlechtsunterschiede in Präventionsmaßnahmen

Von den 9 289 untersuchten Patient*innen wiesen 1 990 (21,4 %) ein Sturzrisiko auf (Sturz letzten 12 Monaten), davon 863 Männer (43,4 %) und 1 127 Frauen (56,6 %). Von den 1 990 untersuchten Patient*innen mit Sturzrisiko (Sturz letzten 12 Monaten)

waren Evaluationsmaßnahmen und Umgebungsanpassungen am häufigsten dokumentiert: Evaluierung des Schuhwerks (64,2 %), Sicherheitsanpassung der Umgebung (59,6 %), Evaluierung der Hilfsmittel (51,1 %) und Patient*innenedukation (50,3 %).

Weitere Maßnahmen umfassten Evaluierung der aktuellen Medikation (42,0 %), Hilfsmittel zur Sturzprävention (41,2 %), therapeutische Übungen/Training (40,3 %), Begleitung beim Gehen (39,7 %), Vereinbarungen mit Patient*innen und/oder Angehörigen über präventive Maßnahmen (30,5 %) sowie Evaluierung des Sehvermögens/der Sehkraft (29,3 %). Seltener wurden Verwendung eines Niederflurbettes/Matratze am Boden und/oder neben dem Bett (20,4 %), Evaluierung des Tagesprogramms/der Aktivitäten (13,3 %), andere Maßnahmen (6,5 %), Anwendung anderer freiheitsein-/beschränkender Maßnahmen (3,2 %) und Eins-zu-eins-Betreuung (1,6 %) dokumentiert. Bei 11,2 % der Patient*innen mit Sturzrisiko war keine Maßnahme dokumentiert, eine vollständige Ablehnung aller Maßnahmen trat nur vereinzelt auf (0,2 %).

Im Geschlechtsvergleich zeigten sich acht signifikante Unterschiede. Frauen erhielten häufiger Begleitung beim Gehen (43,8 % vs. 34,3 %; p < ,001), Evaluierung des Schuhwerks (66,5 % vs. 61,1 %; p = ,011), Evaluierung der Hilfsmittel (53,1 % vs. 48,4 %; p = ,037), Hilfsmittel zur Sturzprävention (43,4 % vs. 38,2 %; p = ,021), Evaluation des Tagesprogramms/der Aktivitäten (14,8 % vs. 11,4 %; p = ,024) sowie therapeutische Übungen/Training (42,1 % vs. 37,8 %; p = ,049). Männer erhielten häufiger Eins-zu-eins-Betreuung (2,7 % vs. 0,8 %; p =

,001) sowie Anwendung anderer FEM (4,2 % vs. 2,5 %; $p = ,035$). Die vollständige Verteilung ist in Tabelle 7 dargestellt.

Tabelle 7: Präventionsmaßnahmen bei Sturzrisiko (Sturz in den letzten 12 Monaten) nach Geschlecht (n = 1 990)

Intervention	Gesamt n (%)	Männer n (%)	Frauen n (%)	p
Evaluierung Schuhwerks*	1277 (64,2)	527 (61,1)	750 (66,5)	.011
Sicherheitsanpassung der Umgebung	1186 (59,6)	500 (57,9)	686 (60,9)	.186
Evaluierung Hilfsmittel*	1017 (51,1)	418 (48,4)	599 (53,1)	.037
Patient*innenedukation	1000 (50,3)	425 (49,2)	575 (51,0)	.433
Evaluierung aktueller Medikation	836 (42,0)	350 (40,6)	486 (43,1)	.250
Hilfsmittel zur Sturzprävention *	819 (41,2)	330 (38,2)	489 (43,4)	.021
Therapeutische Übungen/Training*	801 (40,3)	326 (37,8)	475 (42,1)	.049
Begleitung beim Gehen*	790 (39,7)	296 (34,3)	494 (43,8)	< .001
Vereinbarung mit Patient*in und/oder Angehörigen über präventive Maßnahmen	606 (30,5)	263 (30,5)	343 (30,4)	.985
Evaluierung Sehkraft	584 (29,3)	247 (28,6)	337 (29,9)	.534
Verwendung Niederflurbettes/Matratze	406 (20,4)	162 (18,8)	244 (21,7)	.114
Evaluierung Tagesprogramms/ Aktivitäten*	265 (13,3)	98 (11,4)	167 (14,8)	.024
Andere Maßnahmen	129 (6,5)	66 (7,6)	63 (5,6)	.065
Anwendung anderer FEM*	64 (3,2)	36 (4,2)	28 (2,5)	.035
Eins-zu-eins-Betreuung*	32 (1,6)	23 (2,7)	9 (0,8)	.001
Keine Maßnahme	223 (11,2)	106 (12,3)	117 (10,4)	.183
Ablehnung aller Maßnahmen bzgl. Sturzprävention	4 (0,2)	3 (0,3)	1 (0,1)	.551

* $p < .05$ (Chi²-Test);

3.3.6 Freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen: Geschlechtsunterschiede in Begleitmaßnahmen

Von den 9 289 untersuchten Patient*innen wiesen 405 (4,4 %) eine dokumentierte FEM in den letzten 30 Tagen auf, davon 208 Männer (51,4 %) und 197 Frauen (48,6 %). Bei Patient*innen mit dokumentierter FEM (n = 405) waren rechtliche und kommunikative Begleitmaßnahmen am häufigsten dokumentiert: Dokumentation der FEM in der Patient*innenakte (79,0 %), Information von Patient*innen und/oder Angehörigen über den gesamten Prozess (75,1 %) und gemeinsame Evaluation der Maßnahme mit allen Beteiligten einschließlich der Patient*innen (65,7 %). Seltener wurden dokumentiert: die Prüfung von Alternativen zu FEM (36,8 %) sowie der Einsatz einer Person/Pflegekraft gemäß Vorschrift zur Überwachung der FEM in jeder Arbeitsschicht (33,1 %). Bei 3,7 % der Patient*innen mit FEM war keine der genannten Begleitmaßnahmen vermerkt. Im Geschlechtsvergleich zeigte sich lediglich ein signifikanter Unterschied. Von den Patient*innen, bei denen Alternativen zu FEM geprüft wurden, waren 40,9 % Männer und 59,1 % Frauen (p = .001). Für alle übrigen Begleitmaßnahmen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede (alle p > .05). Die vollständige Verteilung ist in Tabelle 8 dargestellt.

Tabelle 8: Begleitende Maßnahmen bei freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen nach Geschlecht (n = 405)

Intervention	Gesamt n (%)	Männer n (%)	Frauen n (%)	p
ein-/beschränkenden Maßnahmen wurden in der Patient*innendokumentation festgehalten	320 (79,0)	168 (52,7)	151 (47,3)	.358
Patient*in/Angehörigen wurden über den gesamten Ablauf der ein- /beschränkenden Maßnahmen informiert	304 (75,1)	153 (50,5)	150 (49,5)	.490
ein-/beschränkenden Maßnahmen mit allen beteiligten Personen regelmäßig evaluiert (einschließlich der Patient*in)	266 (65,7)	133 (50,2)	132 (49,8)	.472

Intervention	Gesamt n (%)	Männer n (%)	Frauen n (%)	p
In erster Linie wurden Alternativen zu ein-/beschränkenden Maßnahmen angewendet *	149 (36,8)	61 (40,9)	88 (59,1)	.001
In jeder Arbeitsschicht ist eine Person/Pflegekraft gemäß Vorschrift, zur Überwachung der freiheitsein-/beschränkten Patient*in, eingesetzt	134 (33,1)	67 (50,4)	66 (49,6)	.755
Keine der genannten Begleitmaßnahmen	15 (3,7)	8 (53,3)	7 (46,7)	.884

* p < .05 (Chi²-Test);

4 Diskussion

Die vorliegende Arbeit untersuchte systematisch geschlechtsspezifische Unterschiede in der Prävalenz pflegesensitiver Qualitätsindikatoren sowie in der Durchführung präventiver und begleitender Pflegemaßnahmen in österreichischen Krankenhäusern. Auf Basis von 9 289 Patient*innen aus den PQE-Erhebungen 2019–2023 konnten beide Forschungsfragen beantwortet werden.

Frauen wiesen häufiger Harninkontinenz (16,7% vs. 23,7%; $p < .001$), Stürze in den letzten 12 Monaten (18,9% vs. 23,8%; $p < .001$) und Schmerzen in den letzten 7 Tagen (53,1% vs. 58,9%; $p < .001$) auf. Bei Männern war die Dekubitusprävalenz höher (4,0% vs. 3,2%; $p = .041$). Gleichzeitig zeigten die standardisierten Risiko-Assessments, dass Frauen häufiger ein Mangelernährungsrisiko nach MUST (23,9% vs. 26,5%; $p = .010$) und ein Dekubitusrisiko nach Braden (36,2% vs. 40,3%; $p < .001$) aufwiesen – bei Dekubitus also ein höheres Risiko, aber eine niedrigere Prävalenz als Männer.

Diese Befunde spiegeln die in der Einleitung beschriebene Gesundheits-Geschlechter-Lücke wider, wonach Frauen zwar länger leben, jedoch einen größeren Teil dieser zusätzlichen Lebensjahre in eingeschränkter Gesundheit verbringen (Crimmins et al., 2011; OECD, 2024). Frauen wiesen häufiger Harninkontinenz, Mangelernährungsrisiko, Stürze in der Anamnese und Schmerzen auf, was zu diesem Unterschied chronischer funktioneller Einschränkungen passt, während die höhere Dekubitusprävalenz bei Männern ein abweichendes Muster zeigt. Biologische Faktoren wie die dickere männliche Haut würden eigentlich eine niedrigere Prävalenz bei Männern erwarten lassen (Shuster et al., 1975; Giacomoni et al., 2009). Allerdings zeigen intensivmedizinische Studien aus dem Iran, dass Männer bei längerer Beatmungsdauer erhöhte Dekubitusraten entwickeln (Nouri-Saeed et al., 2024). In der vorliegenden Stichprobe waren Männer häufiger auf Intensivstationen (2,6% vs. 1,3%), was die höhere Prävalenz teilweise erklären könnte. Eine weitere mögliche Erklärung ist, dass die Braden-Skala bei Männern bestimmte Risikofaktoren unterschätzt. Sie bewertet sensorische Wahrnehmung, Feuchtigkeit, Aktivität, Mobilität, Ernährung und Reibung/Scherkräfte. Wenn männliche Patienten in diesen Bereichen besser abschneiden, aber andere Risikofaktoren haben, die nicht erfasst werden (z.B. spezifische

Grunderkrankungen, intensivmedizinische Faktoren), würde die Braden-Skala ihr Risiko unterschätzen. Eine alternative Erklärung ist, dass bei Frauen mit identifiziertem Risiko nach Braden effektiver präventiv interveniert wird. Die Analyse zeigt, dass Frauen mit Dekubitusrisiko häufiger regelmäßige Hautinspektion (85,2% vs. 88,5%; $p = .004$) und Mobilisation (56,8% vs. 60,9%; $p = .016$) erhielten. Wenn diese präventiven Basismaßnahmen bei Frauen konsequenter umgesetzt werden, könnte das die niedrigere Prävalenz bei Frauen erklären. Bei Männern würden fehlende oder verzögerte Präventionsmaßnahmen dazu führen, dass aus einem nicht-identifizierten oder unterschätzten Risiko eher ein manifester Dekubitus entsteht. Dies könnte eine Erklärung sein, weshalb bei Männern mit Dekubitusrisiko häufiger keine Interventionen durchgeführt wurden (8,4% vs. 6,2%; $p = .011$).

Die höhere Harninkontinenzprävalenz bei Frauen (16,7% vs. 23,7%) entspricht internationalen Befunden und lässt sich durch die in der Einleitung beschriebenen biologischen Faktoren (kürzere Harnröhre, geburtsbedingte Beckenbodenschäden, postmenopausaler Östrogenmangel) teilweise erklären (Goode et al., 2008; Ersoy et al., 2023). Diese biologischen Faktoren erklären die Richtung des Unterschieds, aber möglicherweise nicht dessen volles Ausmaß. Dougherty et al. (2021) weisen darauf hin, dass Männer Inkontinenz häufiger verschweigen, was zu Untererfassung führen kann. In der vorliegenden Stichprobe könnte die niedrigere Prävalenz bei Männern also teilweise auf Unterberichterstattung zurückzuführen sein. Dafür spricht auch, dass bei Männern mit Harninkontinenz seltener ein Assessment der Inkontinenzform durchgeführt wurde (21,6% vs. 26,0%; $p = .033$) und seltener individuelle Toilettenzeitpläne eingesetzt wurden (5,4% vs. 8,9%; $p = .005$). Moureau et al. (2023a) beschreiben, dass männliche Patienten Inkontinenz als Bedrohung ihrer Männlichkeit erleben und daher zögern, das Thema anzusprechen. Wenn Pflegepersonen nicht proaktiv nachfragen, bleibt das Problem möglicherweise unentdeckt oder wird bagatellisiert. Dies würde erklären, warum bei Männern nicht nur die Prävalenz niedriger ist, sondern auch weniger differenzierte Maßnahmen durchgeführt werden.

Auffällig ist, dass die stark hilfsmittelorientierte Versorgung – absorbierende Hilfsmittel bei 76,8%, aber Blasentraining nur bei 7,2% und Beckenbodentraining

nur bei 3,4% – für beide Geschlechter gilt, der Geschlechtsunterschied aber bei funktionellen Maßnahmen deutlicher ist als bei Hilfsmitteln. Dies legt nahe, dass Harninkontinenz bei Frauen eher als behandelbar wahrgenommen wird, während sie bei Männern eher als hinzunehmende Begleiterscheinung gilt. Die internationale Literatur zeigt, dass Blasentraining und Beckenbodentraining wirksam sein können (Abrams et al., 2023; Cardozo et al., 2023), im klinischen Alltag aber selten eingesetzt werden. Die vorliegende Analyse bestätigt dies: Statt kontinenzfördernder Maßnahmen werden absorbierende Hilfsmittel (76,8%) häufiger eingesetzt, und Männer erhalten noch seltener aktive Kontinenzförderung.

Das Mangelernährungsrisiko war bei Frauen etwas höher (23,9% vs. 26,5%), was mit internationalen Befunden übereinstimmt, wonach Frauen bei stationärer Aufnahme im Mittel älter sind und häufiger funktionelle Einschränkungen, chronische Schmerzen oder depressive Symptome aufweisen (Favaro-Moreira et al., 2016; Neumann et al., 2006). In dieser Stichprobe waren Frauen im Mittel 2,3 Jahre älter (66,1 vs. 68,4 Jahre), was jedoch den beobachteten Unterschied nicht vollständig erklärt. Auffällig ist, dass das höhere Risiko bei Frauen zu unterschiedlichen Interventionen führte: Frauen erhielten häufiger alltagsnahe Maßnahmen wie bevorzugte Speisen (Wunschkost) (47,5% vs. 53,6%; $p = .008$), während Männer trotz niedrigerem Risiko häufiger invasive Ernährungsunterstützung erhielten – Sondennahrung (5,9% vs. 2,6%; $p < .001$) und parenterale Ernährung (7,6% vs. 5,3%; $p = .036$). Dass Männer trotz niedrigerem Risiko häufiger invasiv versorgt wurden, kann auf zwei Weisen interpretiert werden: Entweder wird Mangelernährungsrisiko bei Männern später erkannt, sodass einfachere Maßnahmen nicht mehr ausreichen, oder Pflegepersonen reagieren bei Männern und Frauen unterschiedlich früh auf ein erkanntes Risiko. Neumann et al. (2006) und Favaro-Moreira et al. (2016) beschreiben, dass Faktoren wie verminderte Nahrungsaufnahme (z. B. Appetitlosigkeit) sowie psychosoziale Aspekte mit dem Ernährungsstatus älterer hospitalisierter Personen zusammenhängen und sich dabei geschlechtsbezogene Unterschiede in assoziierten Faktoren finden. Da die Qualität der Ernährungspflege im Krankenhaus nicht immer konsequent an identifizierte Risiken gekoppelt ist (Eglseer et al., 2020) und Mangelernährung prognostisch

bedeutsam ist (O'shea et al., 2017) (Ruiz et al., 2019), ist es plausibel, dass Risiken in einzelnen Fällen erst später erkannt werden. Wenn dies bei Männern häufiger zutrifft, könnte dies den häufigeren Einsatz invasiver Maßnahmen als mögliche Erklärung unterstützen. Alternativ könnten geschlechtsspezifische Stereotype eine Rolle spielen: Wenn Pflegepersonen bei Männern eher technische, „effiziente“ Lösungen und bei Frauen eher beziehungsorientierte, alltagsnahe Ansätze präferieren, würde dies die unterschiedlichen Interventionen erklären (Meidert et al., 2023).

Die höhere Schmerzprävalenz bei Frauen (53,1% vs. 58,9%) entspricht internationalen Befunden und lässt sich teilweise durch niedrigere Schmerzschwellen und hormonelle Faktoren erklären (Racine et al., 2012; Fillingim et al., 2009; IASP, 2024). Sie erklären jedoch nicht die beobachteten Unterschiede in der Schmerzversorgung. Frauen erhielten häufiger nicht-medikamentöse Maßnahmen insgesamt (54,0% vs. 61,2%; $p = .037$) und medikamentöse Maßnahmen insgesamt (77,3% vs. 82,3%; $p = .008$), darunter aber auch häufiger Antidepressiva (4,2% vs. 7,6%; $p = .005$). Dieser Unterschied könnte durch höhere Depressionsraten bei Frauen bedingt sein, oder auf eine unterschiedliche Interpretation von Schmerzen hinweisen.

Hoffman and Tarzian (2001) beschreiben, dass Schmerzen von Frauen häufiger als emotional oder psychosozial bedingt interpretiert werden, während Schmerzen von Männern eher als objektiv und behandlungsbedürftig gelten. Robinson et al. (2001) zeigen in einer experimentellen Studie, dass bei identischen Schmerz-Scores Frauen seltener Analgetika und häufiger Sedativa oder Psychopharmaka erhielten. Der in dieser Analyse häufigere Einsatz von Antidepressiva bei Frauen (4,2% vs. 7,6%) könnte ein Hinweis auf diese Psychologisierung weiblicher Schmerzen sein. Wenn Schmerzen bei Frauen eher als Symptom einer zugrundeliegenden emotionalen Problematik gedeutet werden, würde dies den Einsatz von Antidepressiva „logisch“ erscheinen lassen – auch wenn keine depressive Erkrankung dokumentiert ist. Dafür spricht die gleichzeitig höhere Rate nicht-medikamentöser Maßnahmen bei Frauen (Physiotherapie, Musiktherapie, Entspannungstherapien, Ergotherapie), die als „sanftere“, weniger invasive Ansätze gelten und möglicherweise als angemessener für „emotionale“ Schmerzen wahrgenommen werden.

Dass bei Männern häufiger keine Intervention durchgeführt wurde (10,5% vs. 7,0%; $p = .035$), passt zu dem in der Einleitung beschriebenen Phänomen, wonach Männer Beschwerden seltener äußern und Schmerz häufiger bagatellisieren (Chen, 2019; OECD, 2024). Racine et al. (2012) zeigen, dass Männer häufiger Vermeidung und substanzbezogene Bewältigungsstrategien nutzen, was dazu führen kann, dass sie Interventionen nicht aktiv einfordern oder angebotene Maßnahmen ablehnen. Allerdings erfasst die PQE die vollständige Ablehnung aller Maßnahmen, und diese trat sehr selten auf ($< 1\%$). Wenn Männer Interventionen nicht aktiv ablehnen, aber dennoch häufiger keine erhalten, deutet dies auf einen Versorgungsunterschied hin – möglicherweise weil Pflegepersonen Schmerzen bei Männern als weniger dringlich einschätzen oder weil Männer ihre Schmerzen weniger explizit mitteilen.

Frauen wiesen häufiger ein Sturzrisiko auf (18,9% vs. 23,8%; $p < .001$), mit mindestens einem Sturz in den letzten 12 Monaten, während die Sturzprävalenz in den letzten 30 Tagen nahezu identisch war (4,0% vs. 4,2%; $p = .854$). Die häufigere Sturzanamnese bei Frauen entspricht internationalen Ergebnissen und lässt sich durch Osteoporose und geringere Muskelmasse im Alter erklären (LeLaurin and Shorr, 2019; Davie et al., 2024). Wenn Frauen trotz häufigerer Sturzanamnese im Krankenhaus nicht häufiger stürzen als Männer, könnte dies auf effektivere Prävention hindeuten. Frauen mit Sturzanamnese erhielten häufiger aktivierende Maßnahmen: Begleitung beim Gehen (34,3% vs. 43,8%; $p < .001$), Evaluierung des Schuhwerks (61,1% vs. 66,5%; $p = .011$), Evaluierung der Hilfsmittel (48,4% vs. 53,1%; $p = .037$), Hilfsmittelversorgung (38,2% vs. 43,4%; $p = .021$) und therapeutische Übungen (37,8% vs. 42,1%; $p = .049$). Diese aktivierenden Maßnahmen zielen darauf ab, Mobilität und Selbständigkeit zu stärken, was Stürze verhindert, ohne Autonomie einzuschränken.

Männer erhielten hingegen häufiger überwachende oder FEM: Eins-zu-eins-Betreuung (2,7% vs. 0,8%; $p = .001$) und FEM (4,2% vs. 2,5%; $p = .035$). Die Gründe für diese unterschiedlichen Ansätze bleiben unklar. Frauen sind im Alter häufiger von Osteoporose und geringerer Muskelmasse betroffen, was aktivierende Maßnahmen nahelegt (LeLaurin and Shorr, 2019; Davie et al., 2024). Da die PQE keine Information zu kognitivem Status oder Sturzursachen enthält, kann nicht geklärt werden, ob unterschiedliche klinische Situationen oder

geschlechtsspezifische Stereotype zu den unterschiedlichen Maßnahmen führten (Chong et al., 2024; Li et al., 2023).

Eine alternative Erklärung für die identische Akutprävalenz trotz unterschiedlichen Sturzrisikos ist, dass Männer vergangene Stürze seltener berichten. Phelan et al. (2015) beschreiben, dass Männer Stürze häufiger bagatellisieren und seltener als relevantes Gesundheitsproblem kommunizieren. Wenn Männer ihre Stürze unterberichten, würde dies zu einer niedrigeren dokumentierten Sturzanamnese führen, während die tatsächliche Sturzrate im Krankenhaus identisch ist. Diese Interpretation würde bedeuten, dass bei einem Teil der männlichen Patienten mit tatsächlichem Sturzrisiko keine präventiven Maßnahmen ergriffen werden, weil das Risiko nicht identifiziert wurde.

Bei Patient*innen mit FEM wurde die Prüfung von Alternativen bei Frauen häufiger erfasst (40,9% vs. 59,1%; $p = .001$). Dies ist ein wichtiger Qualitätsindikator, da die Prüfung von Alternativen zu FEM in Österreich gesetzlich vorgeschrieben ist (Heimaufenthaltsgesetz). Chong et al. (2024) und Li et al. (2023) zeigen in internationalen Studien, dass bei Männern häufiger Aggression oder Unruhe als Begründung für FEM genannt wird, während bei Frauen eher Verwirrtheit oder fürsorgliche Motive („zu ihrem eigenen Schutz“) dominieren. Möglicherweise wird bei Aggression oder Unruhe die Prüfung von Alternativen als weniger realisierbar eingeschätzt, was dazu führt, dass dieser Schritt seltener dokumentiert oder tatsächlich durchgeführt wird. Dies wäre jedoch problematisch, da auch bei herausforderndem Verhalten systematisch nach Alternativen gesucht werden muss – etwa durch Deeskalationstechniken, Angehörigeneinbezug, Schmerzmanagement oder Behandlung eines Delirs.

Zusammenfassend zeigt die Analyse: Bei Männern wurden über mehrere Indikatoren hinweg häufiger keine Interventionen erfasst. Bei Patient*innen mit Dekubitusrisiko nach Braden wurden bei 8,4% der Männer gegenüber 6,2% der Frauen „keine Maßnahmen“ durchgeführt ($p = .011$), bei Patient*innen mit Schmerzen in den letzten 7 Tagen bei 10,5% gegenüber 7,0% ($p = .035$). Die PQE erfasst Maßnahmen am Patientenbett durch Befragung der Pflegepersonen – es geht also um tatsächlich durchgeführte Interventionen, nicht nur um Dokumentation. Mehrere Erklärungsansätze sind plausibel und schließen sich gegenseitig nicht aus: Erstens könnten Männer Beschwerden später oder weniger

explizit äußern. Die internationale Literatur zeigt konsistent, dass Männer Gesundheitsprobleme häufiger bagatellisieren, seltener professionelle Hilfe suchen und Beschwerden weniger detailliert kommunizieren (Chen, 2019; OECD, 2024). Wenn Männer Inkontinenz aus Scham verschweigen (Dougherty et al., 2021), Schmerzen als Schwäche interpretieren und daher nicht äußern oder Sturzängste nicht thematisieren, können Pflegepersonen entsprechende Bedarfe nicht erkennen und keine Pflegemaßnahmen ergreifen. Diese Erklärung passt zum Ergebnis fehlender Interventionen, erklärt jedoch nicht vollständig, warum auch bei bereits durch standardisierte Assessments identifizierten Risiken (z.B. Dekubitusrisiko nach Braden) häufiger „keine Maßnahmen“ durchgeführt wurden. Wenn ein Risiko objektiv erfasst wurde, sollte die Kommunikation der Patient*innen für die Interventionsplanung weniger relevant sein.

Zweitens könnten tatsächliche Versorgungsunterschiede bestehen, bei denen Pflegepersonen bei Männern seltener oder später intervenieren. Meidert et al. (2023) beschreiben, dass implizite Annahmen über verschiedene Patient*innengruppen Versorgungsentscheidungen beeinflussen können, auch wenn diese Annahmen nicht bewusst sind. Wenn Pflegepersonen Männer als autonomer, weniger vulnerabel oder weniger pflegebedürftig wahrnehmen, könnten sie bei vergleichbaren Risikoprofilen zurückhaltender intervenieren. Diese Erklärung wird dadurch gestützt, dass Frauen häufiger präventive Basismaßnahmen erhielten – regelmäßige Hautinspektion, Mobilisation, Assessment der Inkontinenzform, individuelle Toilettenzeitpläne, Begleitung beim Gehen. Wenn bei Frauen proaktiver und präventiver gearbeitet wird, deutet dies auf unterschiedliche Wahrnehmung von Pflegebedarf hin. Die ICN (2021) und WHO (2021b) betonen, dass geschlechtersensible Pflege bedeutet, eigene Vorannahmen zu reflektieren und sicherzustellen, dass alle Patient*innen unabhängig vom Geschlecht bedarfsgerechte Versorgung erhalten.

Drittens könnten Männer angebotene Maßnahmen häufiger ablehnen. Die PQE erfasst die Ablehnung aller Maßnahmen zu einem Indikator, und diese trat sehr selten auf (< 1%). Eine selektive Ablehnung einzelner Maßnahmen wird nicht systematisch erfasst. Racine et al. (2012) zeigen, dass Männer häufiger Vermeidung als Bewältigungsstrategie nutzen, was dazu führen kann, dass sie bestimmte Interventionen – insbesondere solche, die als „fürsorglich“ oder „abhängigkeitserzeugend“ wahrgenommen werden – nicht akzeptieren. Wenn

Männer zum Beispiel Hilfe beim Gehen ablehnen, weil sie dies als Eingeständnis von Schwäche interpretieren, würde dies das häufigere Fehlen von Interventionen bei Männern teilweise erklären. Allerdings war die dokumentierte vollständige Ablehnung so selten, dass sie diesen Unterschied nicht vollständig erklärt. Am wahrscheinlichsten wirken alle drei Faktoren zusammen – verzögerte oder weniger explizite Symptommunikation bei Männern, geschlechtsspezifische Wahrnehmung von Pflegebedarf bei Pflegepersonen und selektive Ablehnung bestimmter Maßnahmen durch männliche Patienten.

Die Analyse über alle sechs Indikatoren zeigt, dass Geschlecht nicht nur ein Risikofaktor für bestimmte Pflegeprobleme ist, sondern auch ein Indikator für Versorgungsqualität. Die indikationsübergreifenden Unterschiede – fehlende Interventionen bei Männern, mehr präventive Basismaßnahmen bei Frauen, mehr invasive Maßnahmen bei Männern trotz teils niedrigerem Risiko, unterschiedliche Präventionsphilosophien bei vergleichbaren Situationen – lassen sich nicht allein durch biologische Unterschiede oder unterschiedliches Inanspruchnahmeverhalten erklären. Sie verweisen auf geschlechtsspezifische Unterschiede in der pflegerischen Versorgung, die das Zusammenspiel von biologischen Faktoren (Sex), sozialen Faktoren (Gender) und strukturellen Faktoren widerspiegeln. Die WHO (2021b) und CIHR (2023) betonen, dass geschlechtersensible Gesundheitsversorgung beide Dimensionen systematisch berücksichtigen muss. Die vorliegenden Befunde unterstreichen diese Notwendigkeit und zeigen, dass geschlechterstratifizierte Auswertungen in der Qualitätsentwicklung nicht nur deskriptiven Wert haben, sondern normative Fragen aufwerfen: Ist es akzeptabel, dass bei Männern mit Dekubitusrisiko häufiger keine präventiven Maßnahmen durchgeführt werden? Ist es gerechtfertigt, dass bei Frauen mit Schmerzen häufiger Antidepressiva eingesetzt werden, ohne dass psychiatrische Komorbiditäten dokumentiert sind? Ist es angemessen, dass bei Männern mit Sturzanamnese häufiger zu FEM gegriffen wird, ohne dass systematisch Alternativen geprüft werden?

Die Forderung der WHO und OECD, Geschlecht routinemäßig als Auswertungskategorie in Qualitätsberichten zu nutzen (WHO, 2019; OECD, 2025), gewinnt vor diesem Hintergrund an Gewicht. Die vorliegenden Daten zeigen, dass dies technisch machbar ist – die PQE 2.0 erhebt Geschlecht routinemäßig – und dass geschlechtsstratifizierte Auswertungen Unterschiede sichtbar machen, die in

zusammengefassten Auswertungen verborgen bleiben und die für die Qualitätsentwicklung relevant sind. Der in der Einleitung beschriebene Gender Data Gap (Gauci et al., 2023) existiert nicht, weil Daten fehlen, sondern weil vorhandene Daten nicht systematisch geschlechtsdifferenziert ausgewertet und berichtet werden. Die vorliegende Arbeit zeigt exemplarisch, welcher Erkenntnisgewinn durch konsequente geschlechtsspezifische Analyse möglich ist.

4.1 Stärken und Limitationen

Die vorliegende Arbeit basiert auf Daten von 9 289 Patient*innen aus vier Erhebungsjahren (2019–2023) und umfasst österreichweit teilnehmende Krankenhäuser. Die PQE 2.0 wurde an der Medizinischen Universität Graz entwickelt und nutzt standardisierte Erhebungsprotokolle sowie etablierte Assessments (Braden-Skala, MUST). Die Datenerhebung erfolgte durch geschulte diplomierte Pflegepersonen am Patientenbett und erfasst tatsächlich durchgeführte Maßnahmen; es handelt sich daher nicht um eine reine Dokumentations- oder Aktenanalyse. Neben den Prävalenzen konnten auch präventive und begleitende Pflegemaßnahmen ausgewertet werden.

Gleichzeitig sind mehrere Limitationen zu berücksichtigen. Das Querschnittsdesign erlaubt keine kausalen Schlussfolgerungen. Im Datensatz wurden ausschließlich binäre Geschlechtskategorien erfasst; trans*, inter* und nicht-binäre Personen sind in diesen Daten nicht enthalten. Wichtige Hintergrundinformationen wie Aufenthaltsdauer, Erkrankungsschwere, sozioökonomischer Status, kognitive Beeinträchtigung oder psychiatrische Komorbiditäten lagen nicht vor und könnten einen Teil der beobachteten Unterschiede mit erklären. Zwar unterscheidet die PQE zwischen „keine Intervention“ und „Ablehnung“, dennoch bleibt die Interpretation von Fällen ohne Maßnahmen eingeschränkt, da die Gründe für das Ausbleiben von Maßnahmen (z. B. nicht indiziert, nicht angeboten, organisatorisch nicht möglich) im Datensatz nicht näher ausgewiesen sind. Indikatorspezifisch ist zu beachten, dass in der Schmerzanalyse keine Schmerzintensität erhoben wurde und pflegerische Maßnahmen zur Inkontinenz im Datensatz nicht separat für Stuhl- und Doppelinkontinenz vorliegen, sondern in den Maßnahmen zur Harninkontinenz mitgeführt bzw. zusammengefasst sind.

4.2 Empfehlungen für Forschung

Die Ergebnisse zeigen mehrere Ansatzpunkte für zukünftige Forschung. Um geschlechtsbezogene Unterschiede in Pflegeindikatoren und Maßnahmen besser einordnen zu können, wären längsschnittliche Untersuchungen hilfreich, die Veränderungen über die Zeit abbilden. Ergänzend bieten sich qualitative Ansätze an, um mögliche Ursachen beobachteter Versorgungsunterschiede zu vertiefen, etwa im Hinblick auf Symptomkommunikation, Scham, Ablehnung von Maßnahmen oder unterschiedliche Wahrnehmung von Pflegebedarf.

Darüber hinaus wäre Forschung zur Wirksamkeit und Akzeptanz von Interventionen nach Geschlecht sinnvoll. Als mögliche Weiterentwicklung zukünftiger PQE könnte geprüft werden, ob neben Prävalenzen auch begleitende Maßnahmen für Stuhl- und Doppelinkontinenz ergänzend erfasst werden können. Die Erhebung von Geschlecht sollte zudem weiterentwickelt werden, um diversitätssensiblere Analysen zu ermöglichen.

4.3 Empfehlungen für Praxis

Für die pflegerische Praxis empfiehlt sich eine geschlechtersensible Haltung und Kommunikation. Bei Männern kann proaktive Ansprache wichtig sein, um Barrieren wie Scham zu reduzieren – etwa bei Inkontinenz oder Schmerz. Bei Frauen sollte darauf geachtet werden, dass Beschwerden ernst genommen und nicht vorschnell psychosozial gedeutet werden, wie der häufigere Einsatz von Antidepressiva bei Schmerzen nahelegt. Die Nutzung validierter Assessments sollte konsequent mit der Durchführung von Maßnahmen verknüpft werden. Das häufigere Fehlen von Interventionen bei Männern – trotz identifiziertem Risiko – zeigt, dass hier Lücken bestehen. Bei Inkontinenz sollten neben Hilfsmitteln funktionelle Maßnahmen wie Blasentraining eingesetzt werden. Bei Dekubitus sollte die höhere Prävalenz bei Männern trotz niedrigerem Risiko nach Braden berücksichtigt werden. In der Sturzprävention sollten aktivierende Maßnahmen bevorzugt werden. Bei FEM sollte die Prüfung von Alternativen unabhängig vom Geschlecht konsequent erfolgen.

Zudem sollte geschlechtersensible Pflege in Aus-, Fort- und Weiterbildung verankert werden. Auch in Fallbesprechungen sollten geschlechtsspezifische

Muster thematisiert werden. Darüber hinaus empfiehlt sich die routinemäßige Nutzung von Geschlecht als Auswertungskategorie in Qualitätsberichten.

5 Schlussfolgerung

Die vorliegende Arbeit untersuchte geschlechtsspezifische Unterschiede in der Prävalenz pflegesensitiver Qualitätsindikatoren sowie präventiver und begleitender Pflegemaßnahmen in österreichischen Krankenhäusern aus den PQE-Erhebungen 2019–2023. Bei mehreren Indikatoren zeigten sich signifikante Geschlechtsunterschiede. Auffällig waren zudem wiederkehrende Unterschiede in den Maßnahmen: Bei Männern wurde über mehrere Indikatoren hinweg häufiger „keine Intervention“ durchgeführt, während bei Frauen häufiger präventive und nicht-pharmakologische Maßnahmen durchgeführt wurden. Damit zeigen geschlechtsstratifizierte Auswertungen einen zusätzlichen Nutzen für die Qualitätsentwicklung, weil mögliche Versorgungsunterschiede sichtbar werden. Geschlechtersensible Pflege ist eine zentrale Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige und gerechte Versorgung. Aus den Ergebnissen ergeben sich Ansatzpunkte für Praxis und Qualitätsentwicklung, insbesondere eine stärkere Sensibilisierung für geschlechtsbezogene Unterschiede in der Symptomkommunikation und Versorgungsprozessen sowie eine konsequente Umsetzung von Maßnahmen bei identifizierten Risiken. Für die Forschung sind weiterführende Analysen sinnvoll, die zentrale Einflussfaktoren (z. B. Pflegeabhängigkeit, Diagnosen, Verweildauer) berücksichtigen. Zudem sollten künftige Datenerhebungen, die bislang nicht abgedeckte Maßnahmen – etwa zu Stuhl- und Doppelinkontinenz – systematisch erfassen. Geschlechtsstratifizierte PQE-Auswertungen sind damit ein wichtiges Instrument, um Versorgungsunterschiede sichtbar zu machen und die Pflegequalität nachhaltig zu verbessern.

6 Literaturverzeichnis

- ABRAMS, P., ANDERSSON, K.-E., APOSTOLIDIS, A., BIRDER, L., BLISS, D., BRUBAKER, L., CARDOZO, L., CASTRO-DIAZ, D., O'CONNELL, P. & COTTENDEN, A. 2023. 7th International Consultation on Incontinence. Recommendations of the International Scientific Committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and faecal incontinence. *Neurourology and urodynamics*, 37, 2271-2272.
- AFANEH, T., ABU-MOGHLI, F. & AHMAD, M. 2021. Nursing-sensitive indicators: A concept analysis. *Nursing Management*, 28, 28-33.
- ANG, S. Y., ABU BAKAR ALOWENI, F., PERERA, K., WEE, S. L., MANICKAM, A., LEE, J. H. M., HARIDAS, D., SHAMSUDIN, H. F. & CHAN, J. K. 2015. Physical restraints among the elderly in the acute care setting: Prevalence, complications and its association with patients' characteristics. *Singapore Nursing Journal*, 42, 30-38.
- BMSGPK 2024. Austrian Inpatient Quality Indicators (A-IQI). Bericht 2023. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
- BULFONE, G., BRESSAN V FAU - MORANDINI, A., MORANDINI A FAU - STEVANIN, S. & STEVANIN, S. 2018. Perioperative Pressure Injuries: A Systematic Literature Review. *Advances in skin & wound care*, 31.
- CALDERONE, K. L. 1990. The influence of gender on the frequency of pain and sedative medication administered to postoperative patients. *Sex Roles*, 23, 713-725.
- CARDOZO, L., ROVNER, E., WAGG, A., WEIN, A. & ABRAMS, P. 2023. Incontinence 7th Edition Bristol, UK: International Continence Society (ICI-ICS).
- CEDERHOLM, T., BARAZZONI, R., AUSTIN, P., BALLMER, P., BIOLO, G., BISCHOFF, S. C., COMPHER, C., CORREIA, I., HIGASHIGUCHI, T., HOLST, M., JENSEN, G. L., MALONE, A., MUSCARITOLI, M., NYULASI, I., PIRLICH, M., ROTHENBERG, E., SCHINDLER, K., SCHNEIDER, S. M., DE VAN DER SCHUEREN, M. A., SIEBER, C., VALENTINI, L., YU, J. C., VAN GOSSUM, A. & SINGER, P. 2017. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clinical nutrition* 36, 49-64.
- CHEN, Y. 2019. Gender disparities in cardiovascular disease diagnosis and treatment. *Journal of the American Heart Association*, 8, e010586.
- CHONG, Y., WANG, C., MIN, H., ZHANG, L., ZHI, T., WU, X. & WANG, Y. 2024. Physical restraint experience of patients with mental disorders in mainland China: A qualitative study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 17, 401-410.
- CIHR, C. I. O. H. R. 2023. *What is gender? What is sex?* [Online]. Ottawa: Canadian Institutes of Health Research. Available: <https://www.cihr-irsc.gc.ca/e/47830.html> [Accessed 20.06.2024].
- COHEN, S. P., VASE, L. & HOOTEN, W. M. 2021. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *The Lancet*, 397, 2082-2097.
- COX, J., THOMAS-HAWKINS, C., PAJARILLO, E., DEGENNARO, S., CADMUS, E. & MARTINEZ, M. 2015. Factors associated with falls in hospitalized adult patients. *Applied Nursing Research*, 28, 78-82.
- CRIMMINS, E. M., KIM, J. K. & SOLÉ-AURÓ, A. 2011. Gender differences in health: Results from SHARE, ELSA and HRS. *European Journal of Public Health*, 21, 81-91.
- DAVIE, G., LANGLEY, J., SAMARANAYAKA, A. & BARSON, D. 2024. Gender differences in the incidence, characteristics and hospital admission outcomes of fall-related

- injuries in older adults in Victoria, Australia, over 5 years from 2018/19 to 2022/23. *Frontiers in Public Health*, 12, 1426726.
- DOUGHERTY, J., DEONARINE, F., PEEPLES, M., THOMAS, B. & HIROTO, A. 2021. Barriers to health care and unmet needs for men with urinary incontinence in Canada. *Cureus*, 13, e15839.
- EGLSEER, D., HUPPERTZ, V., KAMMER, L., SAKA, B., SCHOLS, J. & EVERINK, I. 2020. The quality of nutritional care in hospitals: Austria, Switzerland, and Turkey compared. *Nutrition*, 79-80, 110990.
- ERSOY, B., BILGIC, B., OZBEY, I. & AKDOGAN, N. 2023. Urinary incontinence prevalence and risk factors in Turkish adults: A population-based study. *Turkish Journal of Urology*, 49, 256-263.
- EU-IDB/EUPHA 2013. Falls among older adults in the EU-28: Key facts from the available statistics.
- FAVARO-MOREIRA, N. C., KRAUSCH-HOFMANN, S., MATTHYS, C., DECLERCQ, A., BEKKERING, G. E., DUYCK, J. & VELDE, N. V. 2016. Risk factors for malnutrition in older adults: A systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17, 365-368.
- FILLINGIM, R. B., KING, C. D., RIBEIRO-DASILVA, M. C., RAHIM-WILLIAMS, B. & RILEY, J. L. 2009. Sex, gender, and pain: A review of recent clinical and experimental findings. *The Journal of Pain*, 10, 447-485.
- GAUCI, C., NORMAN, I. J. & MANGION, M. 2023. Workplace gender discrimination in the nursing workforce—An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 32, 1741-1759.
- GAZIBARA, T., KURTAGIC, I., KISIC-TEPAVCEVIC, D., NURKOVIC, S., KOVACEVIC, N., GAZIBARA, T. & PEKMEZOVIC, T. 2017. Falls, risk factors and fear of falling among persons older than 65 years of age. *Psychogeriatrics*, 17, 215-223.
- GIACOMONI, P. U., MAMMONE, T. & TERI, M. 2009. Gender-linked differences in human skin. *Journal of Dermatological Science*, 55, 144-149.
- GOODE, P. S., BURGIO, K. L., REDDEN, D. T., MARKLAND, A., RICHTER, H. E., SAWYER, P. & ALLMAN, R. M. 2008. Population based study of incidence and predictors of urinary incontinence in black and white older adults. *The Journal of Urology*, 179, 1449-1454.
- GÜNTHER, U., PÖßNECK, U., HENTSCHEL, D., LICHTER, T., MAYER, I., HEINZELMANN, M., MÜLLER, A., MERZ, J. & SCHÖNHERR, S. 2013. Häufigkeiten und Determinanten von Dekubitalulzera in der stationären Versorgung. *Deutsches Ärzteblatt*, 110, 371-377.
- GUPTA, I., NELSON-GREENBERG, I., WRIGHT, S. M. & HARRIS, C. M. 2024. Physical Restraint Usage in Hospitals Across the United States: 2011-2019. *Mayo Clinic proceedings. Innovations, quality & outcomes*, 8.
- GURSOY, E., CARDAKCI, T., YURTSEVEN, D., GULEC SATIR, D. & TEKINER, S. 2015. Fecal incontinence in women: Prevalence, risk factors and association with anal sphincter defects. *Urology Journal*, 12, 2360-2365.
- GUZIKEVITS, I. 2024. Gender differences in analgesia prescription in the emergency department. *American Journal of Emergency Medicine*, 76, 112-118.
- HOFFMAN, K. M. & TARZIAN, A. J. 2001. The girl who cried pain: A bias against women in the treatment of pain. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 29, 13-27.

- HUNSKAAR, S., ARNOLD, E. P., BURGIO, K., DIOKNO, A. C., HERZOG, A. R. & MALLETT, V. T. 2000. Epidemiology and natural history of urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*, 11, 301-319.
- IASP. 2020. *IASP Terminology Background* [Online]. International Association for the Study of, Pain. Available: <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/#pain> [Accessed 30.01.2025].
- IASP. 2024. *Overview of sex and gender differences in human pain* [Online]. International Association for the Study of, Pain. Available: <https://www.iasp-pain.org/> [Accessed 30.01.2025].
- ICN 2021. THE ICN CODE OF ETHICS FOR NURSES,. ICN - International Council of Nurses,.
- İLKHAN, E. & SUCU DAG, G. 2023. The incidence and risk factors of pressure injuries in surgical patients. *Journal of Tissue Viability*, 32, 383-388.
- KARCIOGLU, O., TOPACOGLU, H., DIKME, O. & DIKME, O. 2018. A systematic review of the pain scales in adults: which to use? *The American journal of emergency medicine*, 36, 707-714.
- KELLY, M. M., MARTIN-PETERS, T. & FARBER, J. S. 2024. Secondary Data Analysis: Using existing data to answer new questions. *Journal of Pediatric Health Care*, 38.
- LAMPERSBERGER, L., OSMANCEVIC, S. & LOHRMANN, C. 2024. Pflegequalitätserhebung seit 15 Jahren in Österreich. *ProCare*, 36-37.
- LEE, D.-C. A., ROBINS, L. M., BELL, J. S., SRIKANTH, V., MÖHLER, R., HILL, K. D., GRIFFITHS, D. & HAINES, T. P. 2021. Prevalence and variability in use of physical and chemical restraints in residential aged care facilities: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 117, 103856.
- LEIJ-HALFWERK, S., VERWIJS, M. H., VAN HOUDDT, S., BORKENT, J. W., GUAITOLI, P. R., PELGRIM, T., HEYMANS, M. W., POWER, L., VISSER, M., CORISH, C. A. & DE VAN DER SCHUEREN, M. A. E. 2019. Prevalence of protein-energy malnutrition risk in European older adults in community, residential and hospital settings, according to 22 malnutrition screening tools validated for use in adults ≥65 years: A systematic review and meta-analysis. *Maturitas*, 126, 80-89.
- LELAURIN, J. H. & SHORR, R. I. 2019. Preventing Falls in Hospitalized Patients: State of the Science. *Clinics in geriatric medicine*, 35, 273–283.
- LI, Y., YE, J., XIAO, A., LIN, J., ZHOU, Y., YU, L. & WANG, C. 2023. Perspectives on physical restraint in psychiatric hospital: A qualitative study of mentally ill patients. *International Journal of Mental Health Nursing*, 32, 1369-1379.
- LICHTERFELD-KOTTNER, A., LAHMANN, N. & KOTTNER, J. 2020. Sex-specific differences in prevention and treatment of institutional-acquired pressure ulcers in hospitals and nursing homes. *J Tissue Viability*, 29, 204-210.
- LOHRMANN, C. 2020. Pflegequalitätserhebung 2.0: 12. November 2019.
- LOHRMANN, C. 2022. Pflegequalitätserhebung 2.0: 10. November 2021.
- LOHRMANN, C. 2023. Pflegequalitätserhebung 2.0: 09.-11.November 2022.
- LOHRMANN, C., DIJKSTRA, A. & DASSEN, T. 2020. Improving the quality of nursing care in Austria: 10 years of success. *Journal of Nursing Management*, 28, 532-540.
- LPZ AUSTRIA. 2019. *Dekubitus – Pflegequalitätsindikatoren* [Online]. LPZ Austria,. Available: <https://at.lpz-um.eu/de/CareIndicators/PressureUlcer> [Accessed].
- MABEN, J., CONOLLY, A., ABRAMS, R., ROWLAND, E., HARRIS, R., KELLY, D. & GRIFFITHS, P. 2024. Physical restraint usage in hospitals across the United States: 2011-2019. *Mayo Clinic Proceedings: Innovations, Quality & Outcomes*, 8, 45-55.

- MAYER, S., SPICKSCHEN, J., STEIN, K. V., CREVENNA, R., DORNER, T. E. & SIMON, J. 2019. The societal costs of chronic pain and its determinants: the case of Austria. *PLoS one*, 14, e0213889.
- MEHTA, S., MACHADO, F. S., KWIZERA, A., PAPAIZIAN, L., MOSS, M., AZOULAY, É. & HERRIDGE, M. S. 2020. Why are men more restrained in the intensive care unit? *Annals of the American Thoracic Society*, 17, 1343-1345.
- MEIDERT, U., DÖNNGES, G., BUCHER, T., WIEBER, F. & GERBER-GROTE, A. 2023. Unconscious bias among health professionals: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20, 6569.
- MELVILLE, J. L., FAN, M. Y., NEWTON, K. & FENNER, D. 2005. Fecal incontinence in US women: A population-based study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 193, 2071-2076.
- MIKOS, M., TRYBULSKA, A. & CZERW, A. 2021. Falls-the socio-economic and medical aspects important for developing prevention and treatment strategies. *Annals of agricultural and environmental medicine*, 28.
- MOGIL, J. S. 2023. Sex differences in pain research: Progress and remaining challenges. *Pain*, 164, S77-S87.
- MOORE, Z., AVSAR, P., CONATY, L., MOORE, D. H., PATTON, D. & O'CONNOR, T. 2019. The prevalence of pressure ulcers in Europe, what does the European data tell us: a systematic review.
- MOUREAU, M. K., JONES, L. M., SCHMUHL, N. B. & BROWN, H. W. 2023a. Men and women experience different barriers to care seeking for fecal incontinence. *NeuroUrol Urodyn*, 42, 1769-1776.
- MOUREAU, N. L., TRICK, W. E., NIX, D., KELLY, J., STARCK, P. & GORSKI, L. 2023b. Gendered differences in vascular access and continence care seeking. *Journal of Vascular Access*, 24, 117-125.
- NAWABI, D. H., ZUBAIRI, A. J. & BAIG, L. A. 2020. Hospital inpatient falls across clinical departments. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, 30, 734-739.
- NEUMANN, S. A., MILLER, M. D., DANIELS, L. & CROTTY, M. 2006. Gender differences in factors associated with nutritional status of older medical patients. *Journal of Nutrition, Health & Aging*, 10, 40-43.
- NG, K. S., SIVAKUMARAN, Y., NASSAR, N. & GLADMAN, M. A. 2022. Fecal incontinence: A global health concern. *Lancet Gastroenterology & Hepatology*, 7, 10-12.
- NOURI-SAEED, A., SALARI, A., NOORIAN, K., BAGHERI-NESAMI, M., HASHEMI, S. Y. & BOLANDPARVAZ, S. 2024. Determining the frequency of pressure ulcers incidence and associated risk factors in critical care patients: A 3-year retrospective study. *Nursing Open*, 11, e70026.
- O'SHEA, E., TRAWLEY, S., MANNING, E., BARRETT, A., BROWNE, V. & TIMMONS, S. 2017. Malnutrition in hospitalised older adults: a multicentre observational study of prevalence, associations and outcomes. *The Journal of nutrition, health and aging*, 21, 830-836.
- OECD 2024. Gender equality in a changing world: Gendered differences in health outcomes and healthcare access. OECD Publishing.
- OECD 2025. Gender Equality in a Changing World: Taking Stock and Moving Forward. *Gender Equality at Work*.

- ONER, B. A.-O., ZENGUL, F. A.-O., ONER, N. A.-O., IVANKOVA, N. V., KARADAG, A. A.-O. & PATRICIAN, P. A.-O. 2021. Nursing-sensitive indicators for nursing care: A systematic review (1997-2017). *Nursing open*, 8.
- PACIFIC, P. 2019. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline.
- PERKINS, L., SHIELDS, L. & TANNER, A. 2016. Physical restraint in critical care settings: Will they go away? *Critical Care Nurse*, 36, e26-e31.
- PHELAN, E. A., MAHONEY, J. E., VOIT, J. C. & STEVENS, J. A. 2015. Assessment and management of fall risk in primary care settings. *The Medical clinics of North America*, 99.
- POLIT, D. & BECK, C. 2021. *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*, Lippincott Williams&Wilki.
- RACINE, M., TOUSIGNANT-LAFLAMME, Y., KLODA, L. A., DION, D., DUPUIS, G. & CHOINIERE, M. 2012. A systematic literature review of 10 years of research on sex/gender and experimental pain perception - part 1: are there really differences between women and men? *Pain*, 153, 602-618.
- RAJA, S. N., CARR, D. B., COHEN, M., FINNERUP, N. B., FLOR, H., GIBSON, S., KEEFE, F. J., MOGIL, J. S., RINGKAMP, M., SLUKA, K. A., SONG, X. J., STEVENS, B., SULLIVAN, M. D., TUTELMAN, P. R., USHIDA, T. & VADER, K. 2020. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 166.
- ROBINSON, M. E., RILEY JL 3RD FAU - MYERS, C. D., MYERS CD FAU - PAPAS, R. K., PAPAS RK FAU - WISE, E. A., WISE EA FAU - WAXENBERG, L. B., WAXENBERG LB FAU - FILLINGIM, R. B. & FILLINGIM, R. B. 2001. Gender role expectations of pain: relationship to sex differences in pain. *The journal of pain*, 2.
- ROVNER, G. A.-O., SUNNERHAGEN, K. S., BJÖRKDAHL, A., GERDLE, B., BÖRSBO, B., JOHANSSON, F. & GILLANDERS, D. 2017. Chronic pain and sex-differences; women accept and move, while men feel blue. *PloS one*, 12.
- RUIZ, A. J., BUITRAGO, G., RODRÍGUEZ, N., GÓMEZ, G., SULO, S., GÓMEZ, C., PARTRIDGE, J., MISAS, J., DENNIS, R. & ALBA, M. J. 2019. Clinical and economic outcomes associated with malnutrition in hospitalized patients. *Clinical nutrition*, 38, 1310-1316.
- SHUSTER, S., BLACK, M. M. & MCVITIE, E. 1975. The influence of age and sex on skin thickness, skin collagen and density. *The British journal of dermatology*, 93, 639-643.
- STATISTIK AUSTRIA. 2025. *Sterbetafeln* [Online]. Wien: Statistik Austria. Available: <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/demographische-indikatoren-und-tafeln/sterbetafeln> [Accessed 3.10.2025].
- STILLMAN, K., MIROCHA, J., GEIDERMAN, J. & TORBATI, S. 2023. Characteristics of Patients Restrained in the Emergency Department and Evaluation for Disparities in Care. *The Journal of emergency medicine*.
- THOMANN, S., ZWAKHALEN, S., RICHTER, D., BAUER, S. & HAHN, S. 2021. Restraint use in the acute-care hospital setting: A cross-sectional multi-centre study. *International journal of nursing studies*, 114.
- WHO. 2019. *Closing data gaps in gender* [Online]. World Health Organization. [Accessed 25.06.2024].

- WHO. 2021a. *Falls – Key facts* [Online]. Available: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls?utm_source=chatgpt.com [Accessed 15.06.2024].
- WHO. 2021b. *Gender and health* [Online]. World Health Organization. Available: <https://www.who.int/health-topics/gender> [Accessed 20.09.2025].

Zur linguistischen und stilistischen Optimierung wurde folgendes KI-basiertes Tool verwendet:

Name und Version: ChatGPT, GPT-5.2

Anbieter: OpenAI

Adresse (URL): <https://chat.openai.com>

7 Anhang

Tabelle 9: : Prävalenzen, Teststatistik der Pflegeindikatoren nach Geschlecht.

Pflegeindikator	Gesamt- prävalenz n (%)	Männer n (%)	Frauen n (%)	p
Dekubitusrisiko (nach Braden)* n = 9 274	3 548 (38,2)	1 650 (36,2)	1 898 (40,3)	< .001
Dekubitus (Kategorie ≥1)* n = 9 144	333 (3,6)	182 (4,0)	151 (3,2)	.041
Harninkontinenz* n =8 887	1 803 (20,3)	728 (16,7)	1 075 (23,7)	< .001
Stuhlinkontinenz n =8 887	890 (10,0)	434 (10,0)	456 (10,1)	.883
Doppelinkontinenz n =8 887	748 (8,4)	352 (8,1)	396 (8,7)	.268
Mangelernährungs- risiko (MUST) * n = 7 462	1 880 (25,2)	876 (23,9)	1 004 (26,5)	.010
Schmerz (7 Tage, mind 1 Tag) * n = 8 742	4 904 (56,1)	2 279 (53,1)	2 625 (58,9)	< .001
Sturzrisiko (letzten 12 Monate) * n = 9 289	1 990 (21,4)	863 (18,9)	1 127 (23,8)	< .001
Sturz (letzten 30 Tage) n = 9 289	380 (4,1)	192 (4,2)	188 (4,0)	.854
FEM n = 8 814	404 (4,6)	208 (4,8)	196 (4,4)	.300

* $p < .05$