

1 Einführung

Pflegerische sowie medizinische und rehabilitative Einrichtungen sind verpflichtet, ihre Leistungen „entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse“ zu erbringen (SGB XI § 11; SGB V § 70). Die sogenannten SGB-XI Einrichtungen sind ab 01.07.2008 gemäß § 113a SGB XI auch zur Umsetzung der Expertenstandards verpflichtet. Die Zulassung zur Pflege erhalten (SGB XI § 71; § 113a) nur die Einrichtungen, die sich dieser Verpflichtung stellen. Die Qualitätskriterien der Expertenstandards sind bereits vor dieser, jetzt im Gesetz verankerten Verpflichtung sukzessive in den Prüfkatalog des Medizinischen Dienstes aufgenommen worden. Somit sind die Kriterien der Expertenstandards durch das „Hintertürchen“ der Qualitätsmaßstab für die Pflege geworden, ohne dass sie in der Vergangenheit explizit gesetzlich „vorgeschrieben“ wurden. In der Pflegepraxis sowie in der Pflegewissenschaft wird oft über den „allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse“ kontrovers diskutiert. Was sind die allgemein anerkannten Erkenntnisse und wer erkennt diese an? Wo ist der Stand des gegenwärtig, gültigen Wissens beschrieben? Noch 2001 schrieb Entzian, dass in der Pflege „gegenwärtig [...] auf einen Stand der Erkenntnisse nicht zurückgegriffen werden kann“ (Entzian 2001, S.15). Damit die Erkenntnisse allgemein anerkannt werden, müssen sie von allen Akteuren anerkannt werden, das heißt von der Wissenschaft, von den Praktika und nicht zuletzt von den Kunden. Die Pflegewissenschaft erkennt die Erkenntnisse dann an, wenn diese aus den qualitativen Forschungsarbeiten gewonnen werden. Die Pflegepraxis erkennt sie an, wenn diese in der Praxis umsetzbar sind und die Kunden, wenn sich deren gesundheitlich-pflegerischer Zustand durch die Anwendung der wissenschaftlichen Erkenntnisse zumindest aufrechterhält, wünschenswert auch verbessert.

1.1 Die Qualität

Der nach der EN DIN ISO-Norm 9000:2000 ziemlich neutral definierte Qualitätsbegriff – als „Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale Anforderungen erfüllt“ (Deutsches Institut für Normung e. V. 2000, S. 18) oder „Qualität ist die Beschaffenheit einer Einheit [...] bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen“ (Deutsches Institut für Normung e. V. 1995) – erlebte vielfältige Anpassungen an die verschiedenen Branchen und Gegebenheiten: von ganz komplizierten und für viele unverständlichen bis hin zu jedermann verständlichen Definitionen, wie z. B.: „Qualität ist Einhalten von Zusagen und Versprechungen“ (Leineweber 2002, S. 6). Zwischen diesen beiden Extrempolen der Qualitätsdefinition fand inzwischen eine Umwandlung statt. Ein nach ISO-Normen wertfreier Qualitätsbegriff wird von allen bewusst und unbewusst mit den hochwertigen Leistungen und erstklassigen Produkten in Verbindung gesetzt. In der Umgangssprache wird unter *Qualität* eigentlich immer eine *sehr gute Qualität* verstanden, die bei Dienstleistungen sehr oft am subjektiven Empfinden eines Individuums gemessen wird (Hildebrandt 2000). Das subjektive Empfinden ist zwar

richtig, aber nicht der einzige Maßstab für die Bewertung der Qualität. Diese zu definieren, zu messen und objektiv zu beurteilen, ist eine der größten Herausforderungen für die Dienstleistungsunternehmen. Die Dienstleistungen sind (Meffeert 1986) selbstständige Leistungen, die marktfähig sind, sie sind auf die Bereitstellung bzw. den Einsatz von Potenzialfaktoren gerichtet (Betzold 1996):

- Dienstleistungspotenzial
- Dienstleistungsprozess
- Dienstleistungsergebnis

Die menschlichen Ressourcen bilden das Dienstleistungspotenzial. Der Dienstleistungsprozess ist ein Interaktionsprozess zwischen Dienstleistungserbringer und -abnehmer (Leinweber 2002), und dessen Qualität hängt von der Interaktionsintensität und Produktionsstandardisierung ab. Die Intensität definiert sich aus Häufigkeit und Dauer der Interaktionen bzw. aus Kontakten zwischen den Mitarbeitern und Kunden. Die Produktionsstandardisierung hilft, in einem Dienstleistungsprozess die häufig nicht gewünschten negativen Einflüsse kontrolliert zu halten (Betzold 1996). Das Dienstleistungsergebnis ist der Zustand, der unmittelbar nach der Produktionsphase vorliegt und einen immateriellen Nutzen für Kunden hat, meistens als Kundenzufriedenheit ausgedrückt.

Die Dienstleistung kann nicht gelagert werden, sie wird zeitnah erbracht und ihre Qualität wird ebenso zeitnah bewertet. Die Dienstleistungserbringer bemühen sich deshalb zunehmend, die Anforderungen (Kundenerwartungen) durch die Kunden bestimmen zu lassen. Der Begriff „Kunde“ wird im Gesundheitswesen sehr kontrovers diskutiert (Stoffer 2002). Das Wort „Kunde“ deutet darauf hin, dass der Kunde *kundig* ist. Demnach kann sich der Kunde über Dienstleistungen und Anbieter erkundigen, die Qualität fördern, zielgerichtet beeinträchtigen und beurteilen. In den gesundheitlichen Dienstleistungsinstitutionen handelt es sich um verschiedene Kunden: von Versicherten über Patienten bis hin zu Pflegebedürftigen in der Alten- und Behindertenhilfe. In der stationären Altenpflege, wo über 60 % der Bewohner demenziell erkrankt sind (www.gbe-bund.de, Letzter Zugriff am 09.01.2012) ist die Sichtweise kundig sehr fraglich. Der Kunde ist außerdem nicht immer nur derjenige, der die Angebote unmittelbar in Anspruch nimmt (Patient, Bewohner), sondern auch dessen nahestehenden Personen wie Angehörige oder bei den Geschäftsunfähigen, gesetzliche Vertreter. Zudem hat jeder Akteur in einem Prozess seine Sichtweise, anhand der er seinerseits die Qualitätsanforderungen bestimmt. Im Gesundheitswesen sind es zumindest drei (Selbmann 1990).

- 1) JCHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations 1988) definiert Qualität aus der Sicht der Kostenträger, die sich nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V und § 4 SGB XI) richten, als angemessene und effiziente Nutzung der für die Gesundheitsversorgung bereitgestellten Ressourcen.
- 2) Die Mitarbeiter medizinischer und pflegerischer Professionen verbinden Qualität mit den Arbeitsbedingungen und dem Grad der Übereinstimmung zwischen der Versorgung und dem aktuellen Stand der Forschung.
- 3) Die Kunden erwarten, dass die Mitarbeiter im Gesundheitswesen auf deren subjektiv empfundenen Hilfebedarf unter Beachtung der Menschenwürde einfühlsam eingehen. Sie messen Qualität anhand der Serviceleistungen, der sogenannten weichen Faktoren, wie z. B. Zuwendung, Umgangsform, Erreichbarkeit, Höflichkeit, Kontinuität, emotionale Unterstützung (Roes et al. 2000). Dies kommt in der Altenpflege besonders zum Ausdruck, z. B.: In einer Studie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu Qualitätsmängeln und Regelungsdefiziten der Qualitätssiche-

rung in der ambulanten Pflege zeigt sich eine gewisse „Diskrepanz zwischen Maßstäben und Kategorien zur Qualitätsbeurteilung von Professionellen und Betroffenen“ (Roth 2001, S. 97). Die Betroffenen weisen den professionellen Kategorien weniger Bedeutung zu als den persönlichen Merkmalen wie Freundlichkeit, Respekt und Zuverlässigkeit. Nicht selten gibt die Nichterfüllung dieser Kundenerwartungen in Bezug auf die weichen Faktoren der Gesamtqualität einen negativen Beigeschmack.

1.2 Die Pflegequalität

Die Definition der Pflegequalität ist abgeleitet aus der allgemeinen Qualitätsdefinition der Dienstleistung im Gesundheitswesen. Kämmer (Kämmer & Schröder 2000) verbindet in ihrer Qualitätsdefinition die Kundenorientierung mit Professionalität. Sie modifizierte Donabedians Qualitätsdefinition: „Qualität ist der Grad der Übereinstimmung zwischen den Zielen des Gesundheitswesens und der wirklich geleisteten Pflege“ in die Definition: „Qualität ist der Grad der Übereinstimmung von Kundenerwartungen und der geleisteten Pflege unter Berücksichtigung des anerkannten fachlichen Standards der Pflege“ (ebd., S. 37). Qualität ist hier als ein Mix aus Kundenerwartung und fachlichem Standard dargestellt. Selbmann bringt die Effizienz als dritte Dimension in die Definition der Qualität in der Gesundheitsversorgung ein und definiert diese als optimal, „wenn die vorhandenen Mittel und das vorhandene Wissen effektiv zum Nutzen der Patienten eingesetzt werden“ (Selbmann 1990, S. 33).

Die Entwicklung des Verständnisses der Pflegequalität geschah in zwei Schritten (Menché 2011). Im ersten Schritt wurden die Kriterien festgelegt, im zweiten Schritt wurde jede dieser Kriterien in vier Stufen bewertet: optimale, angemessene, sichere und gefährliche Pflege. Das Pflegemodell von Monika Krohwinkel (Büsch 2000), Pflegewissenschaftlerin, ist heutzutage in der Altenpflege maßgeblich. Es stuft die Pflegequalität in optimale, angemessene, mangelhafte und gefährliche Pflege ein. Für das Erreichen einer dieser Stufen müssen bestimmte Bedingungen (Strukturqualität, Produktpotenzial) vorliegen, so Krohwinkel. Sie weist dabei ausdrücklich darauf hin, dass die Bedingungen (Dienstleistungspotenzial) nicht mit dem Erfüllen der Qualitätskriterien (Dienstleistungsergebnis) gleichzusetzen sind, sondern von der Interaktion (Dienstleistungsprozess) zwischen der Pflegeperson und dem zu Pflegenden abhängig sind.

1.3 Die Rolle der Expertenstandards bei der Qualitätsentwicklung

Die Entwicklung der nationalen Expertenstandards in der Pflege ist die Konsequenz der ziemlich unbefriedigenden Lage im Gesundheitswesen in den neunziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts. Im europäischen und internationalen Vergleich produzierte das deutsche Gesundheitswesen hohe Kosten, leistete aber mittelmäßige Qualität (Geraedts 2001). Was für andere Länder in Europa schon selbstverständlich war, nämlich eine nationale Strategie für die Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen, war in Deutschland Neuland. 1998 fand eine Tagung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) am Niederrhein statt, die impulsgebend für die Entwicklung der nationalen Strategie im deutschen Gesundheitswesen war. Bereits im darauf folgenden Jahr wurden bei der

Gesundheitsministerkonferenz elf Qualitätsziele festgelegt, die die Gesundheitsversorgung qualitativ verbessern sollten (Grühl 2002, S. 15).

Qualitätsziele für das deutsche Gesundheitswesen (Gesundheitsministerkonferenz 1999):

1. Konsequente Patientenorientierung im Gesundheitswesen
2. Ärztliche Leitlinien und Pflegestandards für die Qualitätsentwicklung nutzen
3. Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement-Sektoren übergreifend gestalten
4. Qualitätsmanagement in den Einrichtungen des Gesundheitswesens stärken
5. Datenlage zur Qualitätsbewertung verbessern
6. Qualität darlegen
7. Qualitätsorientierte Steuerung weiterentwickeln
8. Weitere Anreize zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung geben
9. Unterstützung und Moderation für die Qualitätsentwicklung weiterentwickeln
10. Verstärkte Koordination bei der Umsetzung der Qualitätsziele auf Bundes- und Länderebene
11. Professionalität auf dem Gebiet von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement weiterentwickeln

Zwar wird die Pflege außer im zweiten Ziel nicht explizit benannt, aber da sie ein Teil des Gesundheitswesens ist, beziehen sich alle oben genannten Ziele auch auf die Pflege. Das zweite Ziel sieht vor, dass neben medizinischen Leitlinien pflegerische Standards zu entwickeln sind. So sollten bis zum 01.01.2005 für zehn prioritäre Krankheiten ärztliche Leitlinien und Pflegestandards in der Diagnostik und Behandlung entwickelt und von einer Spitzenorganisation anerkannt werden. Ebenso sollten bis zum 01.01.2005 für prioritäre Krankheiten und Krankheitsfolgen sektorenübergreifende ärztliche Leitlinien und pflegerische Standards zur Verfügung gestellt werden, die die Umsetzung der integrierten Versorgungskonzepte ermöglichen. Beides ist bis heute noch nicht in geplantem Umfang geschehen, jedoch bemühen sich seitdem sowohl die medizinischen als auch die pflegerischen Fachgesellschaften, den Auftrag zu erfüllen und die gesundheitliche Versorgungsqualität zu erhöhen. Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) mit Sitz an der Fachhochschule in Osnabrück ist in Deutschland die koordinierende Stelle für die Qualitätsentwicklung in der Pflege. Das DNQP definiert sich als ein bundesweiter Zusammenschluss von Fachkollegen in der Pflege und eine weitreichende Hand des europäischen Netzwerks (EuroQuan, European Quality in Nursing Network, die europäische Dachorganisation nationaler Qualitätsnetzwerke in der Pflege). Bei der Entwicklung orientierte sich die Gruppe am Konzept der Pädiatrischen Fachgesellschaft des Royal College of Nursing (RCN) in Großbritannien. Das DNQP kooperiert mit dem Deutschen Pflegerat sowie mit anderen pflegerischen und medizinischen Berufs-, Fachverbänden und Patientenvertreterorganisationen. Somit ist auch ein Netz auf der fachpolitischen Ebene sichergestellt. Zentrale Aufgabenschwerpunkte des DNQP sind (www.dnqp.de):

- Entwicklung, Konsentierung und Implementierung evidenzbasierter Expertenstandards
- Beforschung von Methoden und Instrumenten zur Qualitätsentwicklung und -messung

Wie werden pflegerische Problemfelder ausgewählt, für die ein standardisiertes Verfahren entwickelt werden soll? Die Themenauswahl erfolgt in der Regel unter pflegeepide-

miologischen und gesundheitsökonomischen Gesichtspunkten. Dabei sind folgende Bedingungen zu erfüllen: Einerseits muss festgestellt werden, dass aufgrund inadäquater oder mangelnder Versorgung (gesundheitsökonomische Gesichtspunkte) viele Menschen unter einem bestimmten Problem leiden oder von Betroffenheit bedroht sind (pflegeepidemiologische Gesichtspunkte). Dadurch entstehen hohe und unnötige Kosten im Gesundheitswesen. Andererseits müssen auf dem Markt wissenschaftlich gesicherte Interventionen und Hilfsmittel bestehen, durch deren Umsetzung das Problem reduziert und sogar dessen Entstehen vermieden werden kann. Mit fachlich gesteuerten standardisierten Verfahren sollten somit die Qualität erhöht und die Kosten reduziert werden.

Die Expertenstandards in der Pflege stellen „ein professionell abgestimmtes Leistungsniveau“ dar, „das den Bedürfnissen der damit angesprochenen Bevölkerung angepasst ist und Kriterien zur Erfolgskontrolle dieser Pflege mit einschließt. Standards geben die Zielsetzung komplexer pflegerischer Aufgaben“ (www.dnqp.de) vor. Sie konkretisieren pflegerische Handlungen, geben aber gleichzeitig Handlungsalternativen und Spielräume an die Managementebene und Mitarbeiter weiter. Ebenso geben sie Auskunft darüber, welche Verantwortung die Pflege gegenüber der Gesellschaft, den Pflegebedürftigen, dem Gesetzgeber aber auch gegenüber den Berufsgruppen selbst und ihren einzelnen Mitgliedern übernimmt. Sie verbinden die Experten- und Praxissebene (ebd.). Somit gelten sie heute als *allgemein anerkannter Stand der pflegerischen Erkenntnisse*. Darüber herrscht aber nach wie vor kein Konsens.

Haben solche Instrumente den Charakter eines Standards, einer Leit- oder Richtlinie? Welche Unterschiede gibt es zwischen Experten- und Praxisstandards? Welchen Nutzen bringen sie? Tragen sie tatsächlich zur Verbesserung der Pflegequalität bei? Diese und ähnliche Fragen werden immer wieder gestellt und zum Teil heftig diskutiert.

Standards bestimmen nach einer Definition der WHO (World Health Organization) ein professionell abgestimmtes Leistungsniveau der Pflege, das den Bedürfnissen der zu versorgenden Bevölkerung entspricht. *Leitlinien* ermöglichen, auf übergeordneter Ebene allgemeine Aussagen und Regelungen zu treffen. *Richtlinien* sind konkrete Handlungsanweisungen (Tätigkeits- und Ablaufbeschreibung), in denen die Vorgehensweise einer spezifischen pflegerischen Handlung beschrieben wird. Unter den Wissenschaftlern selbst, aber auch zwischen Wissenschaft und Praxis wird über die Gütekriterien der Expertenstandards kontrovers diskutiert, das dort zusammengefasste Expertenwissen als „allgemein anerkanntes Wissen“ wird infrage gestellt. Die Mitglieder des Fachbereichs Pflege und Gesundheitsförderung des Deutschen Netzwerkes Evidenzbasierte Medizin (DNEbM) nahmen eine kritische Stellung zum Begriff Expertenstandard, zur Berücksichtigung international anerkannter Kriterien für die Entwicklung der Leitlinien und Transparenz der Methodik sowie zu den in den Standards ausgesprochenen und laut DNEbM zum Teil nicht evidenzbasierte Empfehlungen. Solche und ähnliche Diskussionen sind für die Forschung und Qualitätsentwicklung in der Pflege wünschenswert und wichtig. Dennoch verbreiten sie in der Praxis Unsicherheit, Unmut und führen zum Teil zu Verwirrungen. Fast in jedem Standard findet man ansatzweise ein sogenanntes Expertenurteil, das nicht auf einer wissenschaftlich gesicherten Basis beruht, sondern vielmehr auf Praxiserfahrung. Warum greifen die Experten darauf zurück? Durch die Entwicklung der Expertenstandards wurde gleichzeitig ein enormer Forschungsbedarf in der Pflege festgestellt. Das ist nur logisch, da die Pflegewissenschaft in Deutschland eine relativ junge Wissenschaft ist. Sie hat sich in den 1980er Jahren aus der Sozialwissenschaft und Medizin als selbstständiger Wissenschaftszweig entwickelt und nahm in Deutschland erst in den 1990er Jahren mit der Etablierung der pflegewissenschaftlichen Studiengänge an den Hochschulen ihren Lauf. Die qualitative pflegewissenschaftliche

Studienlage in Deutschland ist noch sehr dünn. Deshalb greifen die Experten auf eigene Erfahrungen und Erfahrungen anderer Praktiker zurück und empfehlen die Interventionen oder Hilfsmittel, die eben eine schwache Evidenz haben (Evidenzstufe IV) (s. Tab. 1.1). Solange sich die Studienlage nicht verbessert, wird in der Pflege weiterhin über allgemein anerkanntes Wissen kontrovers diskutiert. Trotz aller Schwierigkeiten, die sich auch in der Praxis bemerkbar machen, sind die Expertenstandards heute der Maßstab für die Beurteilung, ob die pflegerischen Einrichtungen ihre Arbeit auf den State of the Art ausrichten.

Tab. 1.1: Einteilung der Evidenzstärke in Evidenzklassen (Quelle: Europarat 2001)

Klasse	Stärke der Evidenz
1 a	Metaanalyse von RCTs (wenigstens eine systematische Review auf der Basis methodisch hochwertiger, kontrollierter, randomisierter Studien (engl. Randomised controlled trial", RCT)
1 b	Wenigstens ein ausreichend großer, methodisch hochwertiger RCT
2 a	Wenigstens eine hochwertige kontrollierte Studie ohne Randomisierung (CCT)
2 b	Wenigstens eine hochwertige Studie eines anderen Typs, quasi-experimenteller Studien
3	Mehr als eine methodisch hochwertige, nicht-experimentelle deskriptive Studie (z. B. Vergleichsstudie (Vorher-Nachher-Studie), Korrelationsstudie, Querschnittsstudie, Fall-Kontroll-Studie)
4	Meinungen und Überzeugungen von angesehenen Autoritäten (aus klinischer Erfahrung); Expertenkommissionen; Konsensuskonferenzen, beschreibende Studie

Mit ihrer Trias Struktur, Prozess und Ergebniskriterien geben die Expertenstandards in der Pflege erkennbare Qualitätsdimensionen wieder. Jeder Expertenstandard hat den gleichen Aufbau.

Standardaussage/Ziel des Expertenstandards:

Im Ziel werden die erwarteten Effekte, das pflegerische Problem sowie die Zielgruppe, die mit der Umsetzung des Expertenstandards erreicht werden soll, definiert.

In der *Begründung* wird das Problem aus gesundheitsepidemiologischer und -ökonomischer Sicht kurz beschrieben.

Die *Strukturqualität* definiert die erforderlichen (optimalen) personellen und sachlichen Strukturen bzw. den Rahmen, der für die Umsetzung des Pflegeprozesses zur Verfügung gestellt werden muss. Jeder Expertenstandard definiert für die Herstellung des optimalen Rahmens zwei Verantwortliche:

- die Pflegefachkraft für die Planung, Gestaltung, Durchführung und Evaluation des Pflegeprozesses und
- die Einrichtung bzw. das Management für die Anschaffung der notwendigen Materialien und für die Gewährleistung der interdisziplinären Arbeit.

Die Strukturqualität ist somit dem Dienstleistungspotenzial gleichzusetzen. Die Fähigkeit und der Wille des Managements sowie die fachliche Kompetenz der Mitarbeiter bilden den Rahmen bzw. die Potenziale für die Inangangsetzung eines Prozesses bzw. einer Interaktion.

Die *Prozessqualität* definiert den Pflegeprozess, beschreibt die konkrete Umsetzung vom Beginn bis hin zur Evaluation. Die prozesshafte Interaktion zwischen dem Mitarbeiter und dem Betroffenen sowie seinem sozialem Umfeld und zwischen verschiedenen Fach- und Berufsgruppen untereinander bestimmt die Prozessqualität bzw. den Dienstleistungsprozess. Alle Expertenstandards schreiben eine abgestimmte Zusammenarbeit aller Professionen untereinander sowie die Einbeziehung des Kunden und seines Umfelds vor.

Die *Ergebnisqualität* definiert die zu erreichenden Effekte/Ziele und zwar personenbezogen und auf der Ebene der Pflegedokumentation. Das Dienstleistungsergebnis ist das Ergebnis des zuvor durchgeführten Dienstleistungsprozesses unter den gegebenen Bedingungen (Struktur) und kann mittels Dokumentation objektiv gemessen werden. Auch die erzielten Effekte bei den Kunden sind insofern messbar, indem die vorzubeuenden Probleme nicht eingetreten oder reduziert sind. Die Fragen, die sich auf die Information, Aufklärung und Beratungen bei Kunden beziehen, sind weiche Kriterien, denn der erzielte Qualitätsgrad hängt hier von Erwartungen und Fähigkeiten des Betroffenen ab.

Ausgehend von „standardisierten“, oben beschriebenen Definitionen eines Standards, einer Leit- und Richtlinie verbinden die Expertenstandards Elemente aller drei Instrumente, das professionell abgestimmte Qualitätsniveau (Zielsetzung, Struktur- und Ergebniskriterien), teilweise leitlinienähnliche und im Kern die richtlinienähnliche Prozessqualität. Sie ermöglichen im Rahmen der Pflegeprozessmethode, verschiedene einrichtungsbezogene und an der Zielgruppe angepasste Methoden und Wege zu nutzen, um die zuvor definierten Ergebnisse zu erzielen. Das ist eine Besonderheit der Expertenstandards in der Pflege, die damit der Pflege eine Chance bietet, die erwarteten Effekte (Ergebnisse) auf individuelle, die Besonderheiten des pflegerischen Settings und die Besonderheiten der Zielgruppe (Bewohner, Patienten in der ambulanten Pflege und im Krankenhaus, altersabhängig etc.) angepasste Art und Weise zu erreichen. Dabei gilt es, für alle die gleiche Pflegeprozessmethode anzuwenden. Dort, wo noch keine oder nur wissenschaftlich schwach begründete Interventionen vorhanden sind, werden Empfehlungen ausgesprochen. Da die Kriterien der Expertenstandards maßgeblich für die Beurteilung der Pflegequalität, insbesondere bei externen Qualitätsprüfungen, geworden sind, ist die Pflege herausgefordert, die Aussagen in den Expertenstandards zu differenzieren und sich gegen „verselbstständigende“ Verpflichtungen, die daraus abgeleitet werden, fachlich und souverän wehren zu können.

Die Expertenstandards in der Pflege fordern die pflegerischen Einrichtungen auf, *optimale* Bedingungen für die Umsetzung des Pflegeprozesses zu schaffen, um die *Erwartungen* der Kunden in Übereinstimmung mit *fachlichen Kriterien* zu erzielen.