

Modell einer Pflegerischen Anlauf- und Beratungsstelle (PABS) für die Gemeinden von Baden Regio

Abschlussbericht (inklusive Management Summary)

03.08.2015

Prof. Dr. Lorenz Imhof, PhD, RN*
Susanne Suter-Riederer, MScN, RN*
Edith Saner**
Silvia Schorno**

*Institut für Pflege, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), Winterthur

**Baden Regio

Kontaktadresse:

Prof. Dr. Lorenz Imhof, PhD, RN
lorenz.imhof@zhaw.ch
Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften
Institut für Pflege
Technikumstrasse 71
CH-8401 Winterthur
Telefon +41 58 934 63 33
Fax +41 58 935 63 33

Baden Regio Gemeinden Region Baden-Wettingen
Schulhausweg 10, Postfach 100
CH-5442 Fislisbach
info@baden-regio.ch
Telefon +41 56 483 00 69
Fax +41 56 483 00 70

Danksagung: Ein besonderer Dank gilt allen Personen und Institutionen, welche das Projekt mit ihrem Engagement und Einsatz unterstützt haben.
Die direkte Beteiligung der Betroffenen an den Entwicklungsprozessen im Sinne der Aktionsforschung hat zu offenen und kritischen Diskussionen geführt. Dies ermöglichte, die verschiedenen Perspektiven miteinfließen zu lassen.

Zitierweise

Imhof, L., Suter-Riederer, S., Saner, E., & Schorno, S. (2015). *Modell einer Pflegerischen Anlauf- und Beratungsstelle (PABS) für die Gemeinden von Baden Regio. Abschlussbericht*. Winterthur: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW.

Management Summary

In den 26 Gemeinden von Baden Regio leben derzeit 137'046 Menschen. Gemäss Prognosen wird die Altersgruppe der über 65-Jährigen im Jahr 2030 mit rund 37'000 Personen über 28% der Gesamtbevölkerung ausmachen. Das prognostizierte Wachstum der älteren Bevölkerung sowie die Zunahme von chronischen Leiden und Multimorbidität verlangen eine Anpassung der aktuellen Gesundheitsversorgung, hin zu mehr koordinierten und kontinuierlicheren Leistungen. Gemäss § 18 des kantonalen Pflegegesetzes sind die Gemeinden für Information, Beratung und Vermittlung zuständig. Deshalb hat der Regionalplanungsverband Baden Regio 2013 die Förderung und Vernetzung der verschiedensten Angebote im Bereich der Gesundheits- und Pflegeversorgung als eine von 10 Schlüsselmassnahmen beschrieben und das gesamtregionale Projekt mit dem Arbeitstitel „Pflegerische Anlauf- und Beratungsstelle Baden Regio“ (PABS) angestossen.

Für die konkrete Ausarbeitung von Vorschlägen für eine PABS wurde mit der sogenannten Aktionsforschung ein Vorgehen gewählt, welches Betroffene direkt an den Entwicklungsprozessen beteiligt. Mitglieder der Arbeitsgruppe Langzeitpflege Baden Regio, ein Geschäftsleitungsmitglied, sowie Mitarbeiterinnen¹ der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) bildeten die Projektleitung. Sie wurden unterstützt von einer Kerngruppe mit 13 Vertretungen der wichtigsten Anbieter aus der ambulanten und stationären Versorgung sowie einer Begleitgruppe, bestehend aus 19 Vertretungen von Kanton, Gemeinden, Ärzteschaft, Beratungsstellen, Akut- und Langzeitpflege. Als Grundlage der Analyse dienten in drei Schritten erhobene qualitative und quantitative Daten:

1. Kennzahlen vorhandener Dienstleister in den Gemeinden, kategorisiert nach Angebotsart
2. Interviews mit 26 Vertreterinnen aus allen Kategorien der Gesundheitsversorgung zur IST-Situation
3. Eine Befragung mittels Fragebogen bei Organisationen im Gebiet von Baden Regio zu Struktur (Kennzahlen der Anbieter, Angebot), Prozess (Zuweisungen, Bedarfsabklärung, Zielsetzung, Kontinuität) und Ergebnis (Qualitätskriterien)

Resultate der Analyse

Von den 87 Anbietern im Gebiet von Baden Regio existieren 77% seit über 10 Jahren. 69 Anbieter (79%) beschäftigen weniger als 100 Mitarbeiterinnen. Die Hälfte der Organisationen sieht ihre Klienten im Schnitt vier Mal pro Jahr. Medizinische und pflegerische Leistungen werden vor allem von Hausärzten/-ärztinnen, Apotheken, den Notfalldiensten und der Spitex angeboten.

Im Aargau bieten 124 Spitexorganisationen (gemeinnützige, erwerbswirtschaftliche und selbständig erwerbende Pflegefachpersonen) ihre Dienste an und betreuten 2013 17'341 Klienten. Laut Angaben auf den Spitexhomepages stehen an den Wochenenden nicht allen Einwohnerinnen von Baden Regio Spitex-Leistungen zur Verfügung. Eine

¹ Im Folgenden wird die weibliche Form stellvertretend für beide Geschlechter verwendet.

pflegerische Versorgung mit einem Pikettdienst in der Nacht ist für rund 10% der Einwohnerinnen gewährleistet. Die Spitexleistungen werden mit 1.3 Vollzeitstellen pro 1000 Einwohner erbracht, was rund 41% weniger ist als im schweizerischen Durchschnitt zur Verfügung stehen (2.2 Stellen/1000).

Die Ärztedichte im ambulanten Bereich im Kanton Aargau liegt mit 1.6 Ärzten pro 1000 Einwohner deutlich unter dem schweizerischen Durchschnitt von 2.6/1000 Einwohner. Die Versorgung der hausärztlichen Notfälle findet in der Notfallpraxis des Kantonsspitals Baden (KSB) statt. Jährlich werden über 18'000 hausärztliche Notfälle, d.h. rund 40% aller Notfälle, im KSB behandelt, dessen Notfallpraxis an 365 Tagen von 08.00 – 23.00 Uhr geöffnet ist. Bis in 10 Jahren ist in ländlichen Gebieten mit einer markanten Abnahme der Ärztedichte zu rechnen. Laut Aussagen aus den Interviews erreichen in gewissen Gemeinden von Baden Regio in den kommenden 3 bis 5 Jahren rund drei Viertel der Hausärztinnen/-ärzte das Pensionsalter.

Im Gebiet von Baden Regio stehen in 24 Pflegeheimen und Pflegewohngruppen 1113 Betten (46/1000 Einwohner >65 Jahren) zur Verfügung. Zu den stationären Angeboten der Region gehören das Kantonsspital Baden, die RehaClinic und die Psychiatrischen Dienste. Insgesamt gibt es im Kanton Aargau 22 Spitäler und Kliniken mit total 2923 Betten. Das sind 4.5 Betten/1000 Einwohner, etwas weniger als im gesamt-schweizerischen Durchschnitt von 4.6 Betten/1000 Einwohner.

Ebenfalls erhoben wurden Daten zu 32 Beratungsstellen. Die beiden grossen Organisationen Pro Senectute und Pro Infirmis bieten ihre Dienste als kantonale oder überkantonale Fachstellen an. Die Beratungs- und Anlaufstelle der Pro Senectute Aargau war 2013 mit total 2'430 Personen in Kontakt, in 88.5% der Fälle telefonisch. Die Beratungsstelle Aargau-Solothurn von Pro Infirmis hat 2013 total 2'368 Menschen mit geistiger, körperlicher und psychischer Behinderung beraten. Nebst den grossen Organisationen bieten verschiedene Seniorenorganisationen und Fachstellen ihre Dienste an. Hinzu kommen Beratungsstellen, die sich um Menschen mit spezifischen Krankheitsbildern kümmern. 14 Informations- und Beratungsstellen bieten ihre Dienste zwischen Montag und Freitag (Bürozeiten) an und fünf Stellen sind zwei bis vier Mal wöchentlich erreichbar. Zwei Stellen bieten einen 24 Stunden Service und neun Stellen machen keinen Hinweis auf Öffnungszeiten oder sind nur elektronisch erreichbar (n=2). Die einzelnen Anbieter unterscheiden sich gemäss eigener Aussage kaum in ihren Angeboten. Am häufigsten geben die Organisationen mündliche und schriftliche Auskünfte (48%). Beratungen werden von 21% angeboten. Bei 16% der Organisationen gehören Anleitung und Training zur Leistung und bei 15% wird die Unterstützung im Zusammenhang mit Therapiebewältigung zur Verfügung gestellt.

Eine gute Vernetzung der Angebote wurde von den meisten Organisationen als wichtiges Qualitätsmerkmal bezeichnet, gleichzeitig aber auch als deutlicher Mangel im bestehenden Angebot beurteilt. Zu den Organisationen, die am besten vernetzt sind gehören die ambulanten Ärztinnen und Ärzte (19 Verbindungen), die Spitäler und Kliniken (15 Verbindungen) und die Spitexorganisationen (13 Verbindungen).

Obwohl der Zugang zu den Dienstleistungen für Betroffene und Angehörige als eher niederschwellig eingeschätzt wird, besteht die Gefahr, dass sich Klientinnen/Patientinnen durch die hohe Zahl oder die fehlende Differenzierung der Angebote nicht an die für ihren

Bedarf geeignetste Organisation wenden oder möglicherweise keinen Zugang finden. Diese Gefahr steigt, wenn es sich um komplexe Situationen mit einer Kombination verschiedener Probleme handelt, oder wenn Situationen nur im Zusammenspiel verschiedener beruflicher Experten bewältigt werden können.

In 82 % der Organisationen werden Ziele zum weiteren Vorgehen gesetzt und diese als Planungsgrundlage verwendet. Etwa die Hälfte der Anbieter (52%) legt diese Ziele nicht mit den Patientinnen/Klientinnen gemeinsam fest. 71% der Organisationen geben an, zur Einschätzung der Bedürfnisse von Betroffenen standardisierte Abklärungsinstrumente einzusetzen. Bei rund zwei Dritteln der befragten Organisationen werden die erhobenen Informationen aber nicht von anderen Organisationen weiter genutzt. In den Interviews wird darauf hingewiesen, dass der geringe Informationsfluss zwischen den Organisationen auf ein vorhandenes „Gärtlidenken“ zurückzuführen ist. Es fehlt ein „Ort, wo die Fäden zusammenlaufen“, welcher eine verbesserte Koordination und Kooperation zwischen Betroffenen und involvierten Anbietern sowie auch zwischen den Anbietern unterstützen würde.

Modellvorschläge für eine PABS

Verschiedene Angebote für die Unterstützung von Menschen mit gesundheitlichen Problemen und deren Folgen im Alltag existieren. Sich an die richtige Stelle zu wenden bedingt:

1. Kenntnisse über das Gesundheitssystem
2. Die Fähigkeit seine Situation einzuschätzen
3. Die zeitliche und örtliche Erreichbarkeit des Angebotes

Wenn Betroffene sich keine Beratung holen oder sich an die „falsche“ Stelle wenden, erhalten sie die notwendige Unterstützung nicht. Dies führt dazu, dass in der Gesundheitsversorgung vorhandene Ressourcen nicht optimal genutzt werden. Die zentrale Aufgabe der PABS besteht nicht darin, bestehende Leistungen zu ersetzen. Vielmehr bietet die PABS einen einfachen Zugang für Patientinnen/Klientinnen an und erfasst den Unterstützungsbedarf professionell. Dieser Bedarf wird mit dem vorhandenen Angebot abgestimmt und die verschiedenen Leistungserbringer bestmöglich koordiniert und involviert.

Sechs Qualitätsmerkmale einer übergreifenden, effektiven Koordination wurden diskutiert und als erstrebenswert gutgeheissen:

- 1) **Niederschwelligkeit**, d.h. der einfache Zugang für die Betroffenen
- 2) **Evidenzbasierung**, d.h. die systematische Beurteilung der Situation und Behandlung basierend auf dem aktuellen medizinisch-pflegerischen Fachwissen
- 3) **Personenzentriertheit**, d.h. das massgeschneiderte Angebot, das dem individuellen Bedarf des Betroffenen und seiner Angehörigen entspricht
- 4) **Förderung des Selbstmanagements**, d.h. die Hilfe zur Selbsthilfe, damit Betroffene möglichst selbstbestimmt in ihrer bevorzugten Umgebung leben können
- 5) **Aufsuchende Dienste**, d.h. die Berücksichtigung persönlicher Umgebungsfaktoren, welche im Rahmen der Abklärungen und der Planung erhoben werden
- 6) **Kontinuität**, d.h. die Koordination aller Anbieter über den gesamten Versorgungsprozess, idealerweise an 7 Tagen während 24 Stunden

Nicht alle Personen, die sich bei der PABS melden, benötigen die gleiche Leistung. Das Konzept der PABS geht davon aus, dass **drei Personengruppen** mit unterschiedlichem Bedarf das Angebot nutzen werden.

Gruppe 1: Personen, die konkrete Fragen und einen Informationsbedarf zum bestehenden Angebot haben. Sie sind in der Lage, selber ein Problem zu lösen.

Aufgabe der PABS: Kurze Einschätzung, direkte Zuweisung der Personen an die zuständigen Organisationen.

Gruppe 2: Personen, welche ein medizinisch-pflegerisches Problem beschreiben. Sie können das Gesundheitsproblem selber zu wenig beurteilen und bestehende Anbieter wie z.B. die Hausarztpraxis, Spitex, Apotheke etc. sind für sie örtlich und/oder zeitlich nicht erreichbar.

Aufgabe der PABS: Erste medizinisch-pflegerische Abklärung. Wo nötig, werden dafür auch Hausbesuche durchgeführt. Patientinnen werden triagiert, der Zugang zum geeigneten Dienstleister organisiert, die Leistungen evaluiert und koordiniert.

Gruppe 3: Personen der Gruppe 2, bei welchen zusätzlich ein erhöhtes medizinisch-pflegerisches Risiko besteht.

Aufgabe der PABS: Medizinisch-pflegerische Beurteilung in enger Zusammenarbeit und konsiliarischer Unterstützung durch andere Dienste wie Spital, Hausarzt, Spitex, Psychiatrie und ähnlichen. Triage, Zuweisung, Koordination und Evaluation der Dienstleistungen.

Die dafür notwendige Triage und Koordination verlangen von den **Fachpersonen** der PABS ein hohes Mass an **medizinisch-pflegerischem Fachwissen**. Projekt- und Kerngruppe waren sich einig, dass die sechs Qualitätskriterien nur mit qualifiziertem Personal erfüllt werden können. Das Anforderungsprofil v.a. für die Patientengruppen 2 und 3 entspricht den Kompetenzen, welche einer Pflegeexpertin APN (Advanced Practice Nurse) zugeschrieben werden. Das Berufsprofil, das sich international bewährt hat, verlangt eine Grundausbildung als Pflegefachperson, eine spezielle klinische Ausbildung als Pflegeexpertin APN (Masterstudium in Pflegewissenschaft), Berufserfahrung und zusätzlich gute Kenntnisse der regionalen Versorgungsstruktur und Fachwissen im Bereich Sozialversicherung. Zu den besonderen Kompetenzen einer APN gehören selbständiges pflegerisches Handeln, selbstverantwortliches klinisches Entscheiden, das Koordinieren verschiedener Gesundheitsdienste und die Teilnahme an Forschung und Entwicklung von Pflege und Versorgung. Die Charakteristik der Kompetenzen einer APN wird vom Kontext und/oder den Bedingungen des jeweiligen Landes geprägt, in dem sie für die Ausübung ihrer Tätigkeit zugelassen ist.

Mit gesundheitlichen Problemen wendet man sich primär an Personen, die man kennt und zu denen man Vertrauen hat. Darin liegt auch das Potenzial der Hausarztpraxen und der Spitex. Die PABS sollte also in natürlich gewachsene Gemeindestrukturen integriert werden. Vorteile der gemeindenahen Struktur wären nebst der Bekanntheit die kurzen Distanzen bei notwendigen Hausbesuchen, Kenntnisse der lokalen Angebote und die Vermeidung von Doppelspurigkeiten mit der Spitex. Der direkte Kontakt zu lokalen Dienstleistern wäre garantiert.

Es wird empfohlen **die PABS als neutrale, eigenständig funktionierende Einheit** zu betreiben, welche gegen aussen als solche erkennbar ist und allen Menschen, unabhängig von ihrer finanziellen oder sozialen Situation, erlaubt, eine Dienstleistung in Anspruch zu nehmen. Dazu gehören eine einfache Telefonnummer und ein mobiler Arbeitsplatz sowie eine flache Organisationsform ohne hierarchische Stufen, welche den direkten Kontakt zu den Patientinnen/Klientinnen unterstützt und den administrativen Aufwand reduziert. Daten über Patienten, die Tätigkeiten der PABS und die Zusammenarbeit mit anderen Organisationen sollen entsprechend den Richtlinien des Datenschutzes für Gesundheitsdaten genutzt und gespeichert werden. Sie ermöglichen die spätere Auswertung der PABS.

Im Gebiet von Baden Regio beträgt der Anteil der Gesundheitskosten am Gesamtbudget der Gemeinden 8.8%. Durchschnittlich werden pro Einwohner jährlich CHF 351 ausgegeben, insbesondere für die stationäre Versorgung. Gesamtschweizerisch lässt sich ein Bedarf für eine ambulante 24h/7 Tage Versorgung der Spitex erkennen. Angesichts der demographischen Entwicklung und den vorhandenen Ressourcen wäre eine Investition in die ambulante Versorgung lohnend, zumal auch der Kanton Aargau nach dem Prinzip „ambulant vor stationär“ handelt.

Die Berechnungen für die **Kosten der PABS** basieren auf den Bruttolohnkosten (inkl. Sozialleistungen) einer Pflegeexpertin APN und den zu leistenden Nettoarbeitsstunden pro Jahr, sowie Schätzungen für die Infrastruktur, wie sie von vergleichbaren Spitexorganisationen im Gebiet Baden Regio ausgewiesen werden.

Drei unterschiedliche Modelle (siehe Tabelle 1) wurden berechnet, welche sich in der zeitlichen Verfügbarkeit der PABS unterscheiden. Baden Regio würde in diesen Modellen in fünf PABS-Gebiete mit je 25 – 30'000 Einwohnern aufgeteilt.

Modell 1: PABS während 24 Stunden an 7 Tagen: Das Modell bietet Beratung rund um die Uhr. An den Werktagen wird die PABS mit jeweils einer Person pro Einsatzgebiet zwischen 9 und 23 Uhr besetzt. An den Wochenenden teilen sich jeweils zwei Personen drei Gebiete und zwischen 23 und 9 Uhr steht ein Pikettdienst für zwei Einsatzgebiete zur Verfügung. Dieses Modell ermöglicht den gewünschten niederschweligen Zugang, einen hohen Grad an Kontinuität und Koordination und gewährt die für die Personengruppen 2 und 3 notwendigen Leistungen.

Mit diesem Modell könnte die PABS Leistungen an den Wochenenden und in der Nacht anbieten und damit die Spitex ergänzen. Die Berechnungen gehen ferner davon aus, dass dank der PABS auch Institutionen, Spitäler, Hausarztpraxen, Beratungsstellen etc. unterstützt werden, was im Idealfall mit einer Beteiligung seitens dieser Organisationen verrechnet werden kann. In der Tabelle 1 wird dieser Betrag unter „Ertrag Unterstützung Dritte“ aufgeführt. Die Kosten für Modell 1 belaufen sich gemäss Berechnung auf CHF 12.63 pro Einwohnerin.

Modell 2: PABS 9.00 bis 23.00 Uhr an 7 Tagen: Die Beratungsstelle könnte zeitlich reduziert ohne Nachtstunden angeboten werden. Dies würde sich aber deutlich auf die Qualitätskriterien „niederschwelliger Zugang“, „Kontinuität“ und „Koordination“ auswirken. Da der konkrete Bedarf im Gebiet Baden Regio nicht bekannt ist, bleibt unklar, ob

benötigte und gewünschte Leistungen nicht erbracht und damit der Status Quo mit den genannten Defiziten erhalten bleibt. Durch den Verzicht auf eine Dienstleistung in der Nacht könnten die Kosten im Vergleich zum Modell 1 um 31% auf CHF 8.70 pro Einwohnerin reduziert werden.

Modell 3: PABS 8.00 bis 18.00 Uhr an 5 Tagen: Die Variante 3 würde die Dienstleistungen auf die Werktage zu Bürozeiten beschränken. Die Konzeption einer Versorgung als Anlaufstelle für alle drei Patientengruppen müsste in diesem Fall überdacht werden. Synergieeffekte mit anderen Organisationen dürften kaum noch vorhanden sein. Die Kosten der PABS würden sich im Vergleich mit dem Modell 1 um 60% und mit dem Modell 2 um 42% auf CHF 5.07 pro Einwohnerin reduzieren.

Tabelle 1: Modelle 1-3 PABS

Kosten: Pflegerische Anlauf und Beratungsstelle PABS			
	Modell 1	Modell 2	Modell 3
	24 Std / 7 Tage	9 - 23h / 7 Tage	8 -18h / 5 Tage
Einsatzgebiete	5	5	5
Bewohnerinnen alle Einsatzgebiete	137'046	137'046	137'046
PABS-Arbeitsstunden Total / Jahr	34'147	21'407	13'000
Pflegeexpertin Stellen	17.88	11.21	6.81
Brutto Lohnkosten / Jahr	1'692'156	1'168'807	681'649
Infrastruktur (Büro, Auto etc.)	229'974	140'257	81'798
Ertrag Unterstützung Dritte*	-191'645	-116'881	0
Kosten für alle Gemeinden BadenRegio	1'730'485	1'192'183	695'282
Kosten PABS pro Einwohner	CHF 12.63	CHF 8.70	CHF 5.07
Anteil PABS an Gesundheitskosten	3.6%	2.5%	1.4%
Mögliche Synergien			
Synergie: Leistungen Nacht für die Spitex	-224'292	0	0
Synergie: Leistungen Sa/So für die Spitex	-51'463	-51'463	0
* Beiträge z.B. von Krankenkassen oder andern Organisationen die von der Dienstleistung der PABS profitieren.			

Einführung der PABS

Diverse Projekte in der deutschen Schweiz bestätigen den Nutzen und die Notwendigkeit einer PABS. Trotzdem wird zum jetzigen Zeitpunkt empfohlen, keine gleichzeitige und flächendeckende Einführung in allen 26 Gemeinden von Baden Regio. Fehlende statistische Grundlagen zu den Patientenkategorien, zum Umfang sowie zur zeitlichen und regionalen Verteilung des Bedarfs an Dienstleistungen erschweren die Planung einer PABS gemäss Modell 1 in fünf Gebieten.

Sinnvoll wäre eine Pilotphase mit einzelnen interessierten Gemeinden, welche gemeinsam zwei Einsatzgebiete der PABS mit je 25 – 30'000 Einwohnerinnen bilden könnten. Für die Pilotphase wäre das Modell 1 mit einem 7/24h-Service am besten geeignet, weil nur dieses Modell den Bedarf umfassend abbilden und damit Daten als Basis für die weitere Planung generieren kann. Für die Pilotphase in zwei PABS-Einsatzgebieten ist mit Kosten von rund CHF 700'000 zu rechnen.

Bei dieser Berechnung wurden mögliche Beiträge von andern Organisationen, wie Ärzte, Pflegeheime oder Spitäler, die von der PABS profitieren könnten, unter „Ertrag Unterstützung Dritte“ berücksichtigt.

Eine Diskussion über die Ausweitung oder die Reduktion des Angebots würde nach 12 und 24 Monaten aufgrund einer systematischen Evaluation erfolgen. Das Modell geht davon aus, dass durch den Einsatz von Pflegeexpertinnen in der PABS verschiedene Anbieter von einem einfacherem Zugang und einer verbesserten medizinisch-pflegerischen Koordination profitieren werden. Mögliche kostensenkende Effekte bei anderen Anbietern in der Gesundheitsversorgung sind in den vorliegenden Modellen aber nicht enthalten. Sie sollten in der wissenschaftlichen Analyse der Pilotphase miteinbezogen werden.

Die vorliegenden Modelle wurden am 22. Juni 2015 mit 39 Vertreterinnen und Vertretern der Organisationen im Rahmen eines Workshops diskutiert. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sowohl zum Leistungsangebot, als auch zur Struktur der PABS unterschiedliche Präferenzen vorhanden sind (Tabelle 2).

Tabelle 2 Meinungsverschiedenheiten

Leistungs- Angebot	24 h / 7 Tage	versus	Bürozeiten / 5 Tage
	Aufsuchende, kontinuierliche Betreuung (Fallführung)	versus	Internetplattform mit allen Angeboten
	Koordination dringend erforderlich	versus	„Machen wir alles schon“
	Fokussierung auf Gruppe 2 und 3 – komplexe Situationen, in denen Betroffene nicht wissen, wohin sie sich wenden können	versus	Fokussierung auf Gruppe 1

Erforderliche Kompetenzen	Best ausgebildete Pflegefachfrau	versus	Telefondienst ohne pflegerische Ausbildung
----------------------------------	----------------------------------	--------	--

Organisationsform	Unabhängige (neutrale) Stelle	versus	Ansiedlung bei bestehenden Organisationen wie Spitex, oder Notfallpraxis KSB
	Synergien als Einsparung nutzen	versus	Bestehendes beibehalten

Die Argumentation gegen eine PABS wurde mehrheitlich aus der Perspektive der Anbieter geführt und nicht des Betroffenen. Einig waren sich alle, dass der Mehrwert einer PABS sichtbar gemacht werden muss, damit eine Chance auf Gutheissung durch Politik und Bevölkerung besteht. Die Kommunikation und Marketingstrategie einer PABS stellen deshalb zentrale Herausforderungen der Einführung dar.