

Projektprotokoll

De-Implementierung von Low-Value-Care – Rapid Review

Projektleitung: Reinhard Jeindl

Autor:innen: Reinhard Jeindl, Julia Mayer-Ferbas, Andrea Titieni-Schuhmann

Qualitätssicherung: Sabine Geiger-Gritsch

Laufzeit: Q2 bis Q4 2026 (5 PM)

Sprache: Englisch (mit deutscher Zusammenfassung)

Hintergrund:

Low-Value-Care (LVC) bezeichnet die Erbringung unwirksamer, unangemessener, oder nicht kosteneffizienter Gesundheitsleistungen. Der Begriff LVC umfasst dabei die Über-, Fehl- und Unterversorgung [1]. Durch die Reduktion von LVC können Ressourcen für Leistungen mit höherem Nutzen verwendet werden, um für eine verbesserte Effizienz im Gesundheitssystem zu sorgen [2].

De-Implementierung ist der übergeordnete Prozess, eine klinische Praxis oder Leistung zu reduzieren oder einzustellen [3]. In der Literatur gibt es zahlreiche verwandte Begriffe (de-adoption, disinvestment, decommissioning, exnovation u.a.) [4]. Für dieses Projekt wird **Disinvestment** als Leitbegriff verwendet: es bezeichnet die vollständige oder teilweise Rücknahme von Ressourcen aus Leistungen, die als unsicher, ineffektiv und/oder ineffizient gelten, mit dem Ziel, diese Ressourcen wirksameren Leistungen zuzuführen [5]. **Decommissioning** meint die geplante Entfernung, Reduktion und/oder Ersetzung von Gesundheitsleistungen, oft auf der Programm-/Versorgungsebene [6]. **Health Technology Reassessment (HTR)** ist das strukturierte Instrument, mit dem bestehende Leistungen über ihren Lebenszyklus neu bewertet werden und das einer Disinvestment-Entscheidung die Evidenzgrundlage liefert [7].

International besteht zu wirksamen De-Implementierungsstrategien auf der klinischen Ebene (also wie einzelne Ärzt:innen/Teams dazu bewegt werden, eine LVC-Leistung zu unterlassen) sowie zu deren Barrieren/Förderfaktoren bereits zahlreiche Evidenz [3, 8]. Deutlich weniger systematisch aufbereitet ist hingegen die darüberliegende System-/Prozessebene: (a) wie der Leistungs-/Honorarkatalog selbst gewartet und aktualisiert wird – also der institutionalisierte Ablauf, mit dem ein Zahler LVC im Katalog identifiziert, Reassessments priorisiert, über ein Disinvestment entscheidet und dieses umsetzt [5, 9] – und (b) wie eine solche Disinvestment-Entscheidung an relevante Stakeholder kommuniziert wird. Gerade die Kommunikation gilt als entscheidender Faktor: Disinvestment scheitert in der Praxis oft nicht an der fehlenden Evidenz, sondern an öffentlichem und professionellem Widerstand [6].

Für den österreichischen Kontext ist dies unmittelbar relevant: bis 2019 bestanden in den neun Gebietskrankenkassen unterschiedliche Honorar- und Leistungskataloge mit historisch gewachsenen, teils heterogenen Leistungen. Mit der Zusammenführung zur Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) wird der Honorarkatalog österreichweit harmonisiert. Dieser Harmonisierungsprozess ist nicht nur eine technische Vereinheitlichung, sondern bietet die Gelegenheit, bei der Überarbeitung des Katalogs zugleich systematisch zu prüfen, welche bestehenden Leistungen noch dem aktuellen Evidenzstand entsprechen [9]. Zudem existieren österreichische Arbeiten zur Identifikation und Quantifizierung von LVC-Leistungen [10, 11], an welche direkt angeknüpft werden kann. Eine strukturierte, prozessorientierte Aufbereitung internationaler Erfahrung zur Katalogpflege und zur Kommunikation von LVC-Streichungen kann diesen Prozess gezielt unterstützen.

Projektziele:

Ziel des Projektes ist es, internationale Prozesse zur Pflege und Aktualisierung von Leistungs-/Honorarkatalogen systematisch aufzubereiten und in übertragbare Optionen für den österreichischen Kontext zu übersetzen – einschließlich der Frage, wie Disinvestment-Entscheidungen gegenüber den relevanten Stakeholdern kommuniziert werden können.

Ziel dieser Studie ist es nicht, LVC-Leistungslisten zu erstellen, die Wirksamkeit einzelner De-Implementierungs-Strategien neu zu bewerten oder LVC-Prävalenz/-Kosten für Österreich zu quantifizieren.

Forschungsfragen:

Zwei Forschungsfragen (FF) sollen beantwortet werden:

FF 1: Welche Prozesse zur Wartung/Aktualisierung von Leistungskatalogen werden in der Literatur und in institutionellen Prozessbeschreibungen beschrieben?

FF 2: Wie können Disinvestment-Prozesse an alle relevanten Stakeholder erfolgreich kommuniziert werden?

Methoden:

Zur Beantwortung der Forschungsfragen kommen folgende Methoden zum Einsatz:

FF 1: strukturierte Länderauswahl (Länder mit vergleichbarer Struktur/Organisation des Gesundheitssystems und Länder mit etablierten HTR-Prozessen); strukturierte Handsuche nach grauer Literatur auf Websites von Gesundheitsministerien, Zahlern, HTA-Institutionen (INAHTA Datenbank, HTAi Disinvestment & Early Awareness Interest Group (DEA IG)); qualitative Prozessanalyse; narrative Zusammenfassung; Beschreibung der Übertragbarkeit auf das österreichische Setting.

FF 2: systematische Suche in relevanten Literaturlieferanten nach systematischen Übersichtsarbeiten (PubMed/MEDLINE, Embase, Epistemonikos, Cochrane Library) und HTA-Berichten (INAHTA-Datenbank) zu delisting, decommissioning, disinvestment communication, stakeholder/public/patient engagement, framing; ergänzende Handsuche; Datenextraktion (Studiencharakteristika, Kontext des Disinvestments, adressierte Stakeholder, Einbindungsformate, Kommunikationsstrategie); thematische Framework-Synthese und Beschreibung der Übertragbarkeit auf das österreichische Setting.

Population-Concept-Context (PCC) Framework:

	Definition für FF1	Definition für FF2
Population	Gesundheits-/Sozialversicherungssysteme bzw. die für Katalogpflege zuständigen Institutionen (Ministerien, Zahler, HTA-Institute)	Stakeholder von Disinvestment-Entscheidungen: Patient:innen/Öffentlichkeit, Leistungserbringer:innen, Fachgesellschaften, Zahler, Gesundheitspolitik
Concept	Prozesse der Wartung/Aktualisierung von (ambulanten und stationären) Leistungskatalogen; Identifikation, Priorisierung, Reassessment (HTR), Entscheidung und Umsetzung von Disinvestment/Delisting	Kommunikations- und Engagement-Strategien bei Disinvestment/Delisting: Framing, Einbindungsformate, Timing, Umgang mit Widerstand
Context	Primär DACH/Bismarck-Systeme (DE, CH, NL, FR, BE); sekundär Referenzmodell-Länder mit etablierten HTR-Prozessen; Anwendungsbezug Österreich	Gesundheits-/Sozialversicherungssysteme, in denen Leistungen aktiv reduziert/gestrichen werden; Anwendungsbezug Österreich

Zeitplan:

Zeitraum	Aufgaben
Q2 2026	Scoping und Finalisierung des Projektprotokolls
Q3 2026	Handsuche, Systematische Literaturrecherche
Q3 2026	Abstract Screening, Volltextanalyse
Q4 2026	Datenextraktion, Evidenzsynthese, Verschriftlichung, interner Review
Q4 2026	Externer Review, Finalisierung, Veröffentlichung

Referenzen:

- [1] European Commission Directorate-General for Health and Food Safety. Identifying, measuring and reducing low-value care in the context of health system performance assessment. 2025 [cited 21.06.2026]. Available from: https://health.ec.europa.eu/publications/identifying-measuring-and-reducing-low-value-care-context-health-system-performance-assessment_en.
- [2] de Vries E. F., Struijs J. N., Heijink R., Hendriks R. J. and Baan C. A. Are low-value care measures up to the task? A systematic review of the literature. BMC Health Serv Res. 2016;16(1):405. Epub 20160818. DOI: 10.1186/s12913-016-1656-3.
- [3] Burton C. R., Williams L., Bucknall T., Fisher D., Hall B., Harris G., et al. Theory and practical guidance for effective de-implementation of practices across health and care services: a realist synthesis. Southampton (UK): 2021 [cited 21.06.2026]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567234/>.
- [4] Gnjdjic D. and Elshaug A. G. De-adoption and its 43 related terms: harmonizing low-value care terminology. BMC Medicine. 2015;13(1):273. DOI: 10.1186/s12916-015-0511-4.
- [5] Seo H. J., Park J. J. and Lee S. H. A systematic review on current status of health technology reassessment: insights for South Korea. Health Res Policy Syst. 2016;14(1):82. Epub 20161111. DOI: 10.1186/s12961-016-0152-x.
- [6] Williams L., Harlock J., Robert G., Mannion R., Brearley S. and Hall K. Decommissioning health care: identifying best practice through primary and secondary research – a prospective mixed-methods study. Southampton (UK): 2017 [cited 21.06.2026]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441776/>.
- [7] Ingvarsson S., Hasson H., von Thiele Schwarz U., Nilsen P., Roczniewska M. and Augustsson H. Evidence is not enough: health technology reassessment to de-implement low-value care. Health Res Policy Syst. 2024;22(1):159. Epub 20241203. DOI: 10.1186/s12961-024-01249-w.
- [8] Kien C., Daxenbichler J., Titscher V., Baenziger J., Klingenstein P., Naef R., et al. Effectiveness of de-implementation of low-value healthcare practices: an overview of systematic reviews. Implement Sci. 2024;19(1):56. Epub 20240805. DOI: 10.1186/s13012-024-01384-6.
- [9] Czypionka T., Riedel M. and Raschhofer E. Erstellung von ärztlichen Leistungs- und Honorarkatalogen im internationalen Vergleich 2025 [cited 21.06.2026]. Available from: <https://irihs.ihs.ac.at/id/eprint/7232/>.
- [10] Sprenger M., Robausch M. and Moser A. Quantifying low-value services by using routine data from Austrian primary care. Eur J Public Health. 2016;26(6):912-916. Epub 20160616. DOI: 10.1093/eurpub/ckw080.
- [11] Mayer J. and Nachtnebel A. Identifikation ineffektiver Interventionen und Technologien: Modelle und deren Umsetzung. HTA-Projektbericht Nr.: 68. 2013 [cited 21.06.2026]. Available from: <https://eprints.aihta.at/1014/>.