

# SHIFT

**ERKENNUNG VON BETRUG,  
VERSCHWENDUNG UND  
MISSBRAUCH: SIND IHRE  
GESUNDHEITSDATEN BEREIT?**

---

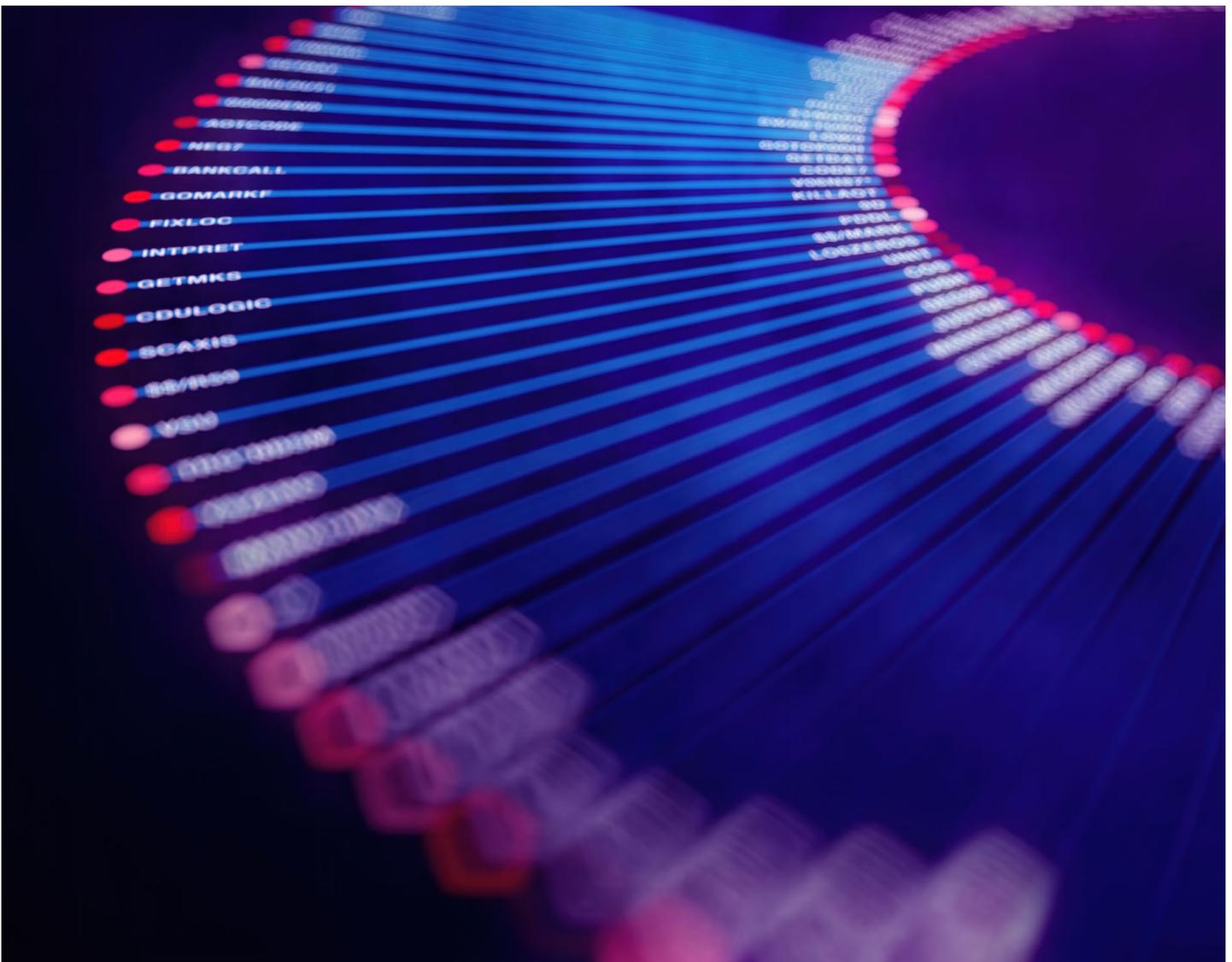
VON SHIFT TECHNOLOGY

[www.shift-technology.com/de](http://www.shift-technology.com/de)

# Einführung

Betrug im Gesundheitswesen greift um sich. Krankenversicherungen stehen vor der Herausforderung, einen beachtlichen Umfang an Betrugs-, Verschwendungs- und Missbrauchsfällen zu verhindern. Schätzungen zufolge kosten diese Fälle die Versicherer und Kostenträger weltweit mehr als 600 Mrd. Dollar (500 Mrd. Euro). Die Technologie bietet eine Möglichkeit, den Prozess zu vereinfachen – die Erkennung von Betrug im Gesundheitswesen hat sich dank der Innovationen im Bereich der künstlichen

Intelligenz und Analyse weiterentwickelt. Damit diese Werkzeuge funktionieren, müssen sie mit sauberen Daten gefüttert werden. Selbst die fortschrittlichsten Programme zur Erkennung von Anomalien können Ihnen nicht helfen, Betrug zu verhindern, wenn Sie ihnen keine qualitativ hochwertigen Daten für ihre Arbeit zur Verfügung stellen können. Wir wollen herausfinden, warum es schwierig ist, saubere Daten zu erhalten, und was notwendig ist, um die Daten ordentlich aufzubereiten.



# Der Stand der Daten im Gesundheitswesen

Unabhängig davon, wie Ihre Krankenkasse die Betrugsentdeckung vornimmt, gilt ein Grundsatz: Ihre Ergebnisse können nur so gut sein wie die Daten, die Sie zugrunde legen. In anderen Worten: wenn Sie in Ihr Betrugsmodell qualitativ schwache Daten einspeisen, erhalten Sie schwache Ergebnisse. Auch wenn Analytik und Datenwissenschaft mächtige Werkzeuge sind, um betrügerische Aktivitäten zu erkennen, sind sie von guten Daten abhängig. Ihr Unternehmen muss in der Lage sein, Daten zu sammeln und zu organisieren, um von den Vorteilen der KI zur Betrugserkennung im Gesundheitswesen zu profitieren.

Angesichts der Anzahl und Arten der Datenquellen, auf die Sie zurückgreifen, ist es nicht einfach, sicherzustellen, dass Ihre Daten auf dem neuesten Stand sind. Im Durchschnitt bearbeiten die Krankenkassen jährlich Anträge mit 38-39 Leistungen pro Mitglied. [1] Multiplizieren Sie das mit der Anzahl der Mitglieder und Anbieter – und die Anzahl der internen und externen Datenquellen, die in jede Schadensbearbeitung eingehen – und das Volumen ist enorm. Folglich erfordert es beachtliche Zeit und Mühen, um Daten für die richtige Erkennung von betrügerischen Schadensfällen vorzubereiten. Daten zu sortieren und vorzubereiten ist wie ein Haus zu bauen. Es braucht Zeit, um ein qualitativ hochwertiges Fundament zu errichten, aber die Ergebnisse sind die Mühen wert.

Wir wollen uns alle Permutationen dieser Daten genauer anschauen:

- **Interne Datenquellen.** Unternehmen im Gesundheitswesens ziehen oft Informationen aus mehreren Altsystemen, um Betrug, Verschwendung und Missbrauch aufzudecken und zu verhindern. Neben der Bestätigung von Codelisten und Richtlinien – und der Einsichtnahme in Krankenakten und

Dokumentation – müssen sich die Krankenkassen ein umfassendes Bild von dem Anbieter machen, der die Forderung stellt.

- **Externe Datenquellen:** Es ist außerdem erforderlich, Daten von externen Quellen zu ziehen. Dazu gehören z. B. gesammelte Informationen über historische Schadensdaten, Betrugsüberwachungs- und Sanktionslisten, Wirtschaftsauskunfteien, Nachrichten und soziale Medien sowie medizinische Abrechnungsdaten, um nur einige zu nennen.
- **Strukturierte und unstrukturierte Daten.** Jedes Unternehmen generiert eine Kombination aus strukturierten und unstrukturierten Daten und arbeitet mit diesen. Wie der Name schon sagt, werden strukturierte Daten in einem strukturierten Format gespeichert (z. B. Zeilen und Spalten in einer relationalen Datenbank). Damit können Softwareprogramme die Daten einfach analysieren. Andererseits gibt es auch unstrukturierte Daten, die keine einheitliche oder definierte Organisation aufweisen. Beispiele für unstrukturierte Daten sind E-Mails, Bilder und Behandlungsunterlagen. Für ein Softwareprogramm ist es wesentlich schwieriger, Daten in diesem Format zu verstehen. Die zusätzliche Herausforderung für Krankenkassen besteht darin, dass mehr als 80% der Gesundheitsdaten als unstrukturierte Daten gelten. Diese 80% machen die Aufdeckung von Betrug schwierig. Unstrukturierte Daten sind für fast jedes moderne Unternehmen eine Herausforderung. In der Gesundheitsbranche ist dies besonders schwierig, da Ihre Lösung diese Daten angemessen verarbeiten muss, um betrügerische Schadensfälle zu erkennen. Im Gesundheitswesen entstehen konkrete Kosten, wenn ein falscher Schadensfall nicht erkannt oder ein Betrugsversuch nicht aufgedeckt wird.

# Von Rohdaten zu sauberen Daten

Neben dem Sammeln und Normalisieren all dieser Daten zum Erzielen von Konsistenz muss Ihre Krankenkasse sicherstellen, dass die Daten genau und brauchbar sind. Dazu gehören Schritte wie die Bestätigung, dass die Entitäten korrekt sind, und die Feststellung, ob Daten fehlen. Diese Kontrollen sind unerlässlich, da es leicht möglich ist, Daten – wie das Geburtsdatum – falsch in ein System einzugeben oder absichtlich zu fälschen.

Das ist vermutlich das größte Hindernis bei der Rationalisierung der Betrugserkennung im Gesundheitswesen, allein schon wegen des Arbeitsaufwands, der für die Prüfung und Erstellung nützlicher Datenbanken für Ihr Modell erforderlich ist.

Die Erfahrung hat gezeigt, dass die Aufbereitung der Daten für Ihr Betrugserkennungsmodell einen erheblichen vorherigen Aufwand erfordert. Tatsächlich verbringen die meisten Unternehmen etwa 80% ihrer Zeit mit der Aufbereitung ihrer Daten für die Verwendung im Modell und die anderen 20% mit dem Entwerfen und Ausführen des Modells. Um diese Belastung zu tragen müssen Sie viel in ein starkes Analyse- und Datenwissenschaftsteam investieren oder einen Partner finden, der Ihr internes Team unterstützt. Partnerschaften bieten den Vorteil, dass sie auf bereits erstellte Modelle und Datenbanken zugreifen können, um ihre Betrugspräventionsmaßnahmen schnell in Gang zu bringen. Einige Unternehmen ziehen es jedoch vor, ihre eigenen Modelle zu erstellen oder Technologien zur Ergänzung eines internen Teams einzusetzen.

Die Aufbereitung der Daten ist aber gut investierte Zeit. Je mehr Daten Sie in Ihr Betrugserkennungs-Modell eingeben,

desto besser werden die Ergebnisse und Erkenntnisse. Wir bei Shift haben herausgefunden, dass ein effektives Programm zur Reduzierung von Betrug, Verschwendung und Missbrauch, welches durch saubere und richtige Daten unterstützt wird, Ihrem Unternehmen eine große Hilfe sein kann.

Betrug im Gesundheitswesen ist ein teures Problem, und es lohnt sich, Zeit und Mühe zu investieren, um sicherzustellen, dass Sie in der Lage sind:

- Mehr Betrugs-, Verschwendungs- und Missbrauchsfälle zu erkennen
- Betrugsverluste und unzulässige Zahlungen zu reduzieren
- konkrete Warnmeldungen zu priorisieren

Die Umwandlung von Rohdaten in saubere Daten ist eine große Aufgabe, aber sie ist notwendig, um mithilfe von KI Betrug, Verschwendung und Missbrauch besser zu erkennen und das Problem anzugehen, bevor es Ihrem Unternehmen Schaden zufügen kann. Big Data ist ein typisches Problem im Gesundheitswesen, dem am besten mit neuen Automatisierungswerkzeugen begegnet werden kann, die verdächtige Anträge selbstständig kennzeichnen können. Es stellt sich nicht mehr die Frage, ob Sie diese Werkzeuge einsetzen möchten oder nicht, sondern welches am besten für Ihr Geschäft geeignet ist.

Wenn Sie mehr darüber erfahren möchten, wie Shift an die Betrugserkennung im Gesundheitswesen herangeht und wie unsere Lösung dazu beiträgt, Betrug, Verschwendung und Missbrauch bei Krankenkasse zu reduzieren, [setzen Sie sich mit unserem Team in Verbindung.](#)

## SHIFT

### Über Shift Technology

Shift Technology ist der einzige Anbieter KI-nativer Lösungen zur Entscheidungsautomatisierung und -optimierung, die sich speziell an die globale Versicherungsbranche richten. Durch die Handhabung verschiedener kritischer Prozesse im gesamten Lebenszyklus der Versicherungspolice hilft die Shift Insurance Suite Versicherern, schnellere und genauere Abwicklungen von Schadenfällen und Policen zu realisieren. Shift hat bereits Milliarden von Versicherungstransaktionen analysiert und wurde von Frost & Sullivan mit dem Global Claims Solutions for Insurance Market Leadership Award 2020 ausgezeichnet.

Weitere Informationen finden Sie unter [www.shift-technology.com/de](http://www.shift-technology.com/de)