

Weshalb gibt es im schweizerischen Gesundheitswesen noch immer kein KI-basiertes Fraud-Detection-Tool?



Mischa Flückiger

Mischa Flückiger ist Betrugsermittler bei der Sympany Vivao AG und verfügt über langjährige Berufserfahrung im Bereich der Bekämpfung von Versicherungsmissbrauch. Er hat sich auf das Gesundheitswesen spezialisiert und ist vor allem bei der Ermittlung und Bekämpfung von unnötigen Mehrabrechnungen durch Leistungserbringerinnen/-erbringern tätig. Mischa Flückiger hat das MAS Economic Crime Investigation 20/22 absolviert.

Das schweizerische Gesundheitswesen ist eines der besten weltweit. Die wachsenden Gesundheitskosten widerspiegeln sich in den jährlich steigenden Krankenkassenprämien der Grundversicherung und betreffen somit alle in der Schweiz lebenden Personen. Es gibt mehrere Gründe für diese Kostensteigerungen, ein wesentlicher Teil wird aber durch Ärztinnen und Ärzte, durch Therapeutinnen und Therapeuten sowie Spitäler, also sogenannte Leistungserbringerinnen/-erbringern verursacht, welche zu viel abrechnen. Dafür wird zum Beispiel mehr Behandlungszeit verrechnet, als effektiv stattgefunden hat, oder es werden unnötige oder teurere Medikamente verschrieben.

Heute werden über 90 % der Rechnungen von den Leistungserbringerinnen/-erbringern in elektronischer Form an die Krankenversicherer versendet. Diese Rechnungen werden durch IT-Dienstleister zwischen dem Senden und Empfangen geprüft, um allfällige Fehler zu entdecken. Softwares der IT-Dienstleister zur Erkennung von fehlerhaften Rechnungen können die Daten auf der Rechnung erkennen und analysieren.

Seit mehreren Jahren gibt es diverse IT-Dienstleister, welche den Krankenversicherern zusagen, eine Software oder ein Tool für eine Software entwickeln zu können, welche systematischen Betrug von Leistungserbringerinnen/-erbringern erkennt. Sollte ein/-e Leistungserbringer/-in plötzlich im Durchschnitt mehr Behandlungszeit abrechnen oder teurere Medikamente verschreiben, könnte dies durch eine solche Software erkannt werden. Ebenso könnten die Leistungserbringer/-innen miteinander verglichen werden, um zu erkennen, welche am meisten abrechnen. Die Software könnte mittels Machine-Learning trainiert werden. Zu einem späteren Zeitpunkt könnte die Software mittels künstlicher Intelligenz (KI) weiterentwickelt werden. Allerdings ist es bisher keinem IT-Dienstleister gelungen, eine Software oder ein Tool zu programmieren.

Der Frage, weshalb die IT-Dienstleister den Krankenversicherern trotz der Daten keine Software beziehungsweise kein Tool zur Betrugserkennung anbieten können, ist mittels eines Fragebogens für meine Masterarbeit nachgegangen worden. Nach einer vorgängigen Recherche wurde der Fragebogen an die Mutterunternehmen zweier IT-Dienstleister verschickt, welche als einzige für ein Fraud-Detection-Tool in Frage kommen, da fast alle Krankenversicherer an diese angeschlossen sind.

Beide IT-Dienstleister haben zwar angegeben, dass sie bereits gewisse Funktionen als Zusatztool für Programme zum Rechnungsempfang anbieten, jedoch können damit nur kleinere Unregelmässigkeiten festgestellt werden. Es werden nur begrenzt Zeit und Geld in ein solches Projekt investiert, da das Interesse der Krankenversicherer aus Sicht der IT-Dienstleister nicht gross genug ist. Es besteht Einigkeit darüber, dass es aktuell bereits möglich sein sollte, mittels Machine-Learning zu erkennen, wenn ein/-e Leistungserbringer/-in zu viel Behandlungszeit oder teurere Medikamente abrechnet. Ebenso wird angenommen, dass es mittels KI möglich sein könnte, betrügerisches Verhalten der Leistungserbringer/-innen bereits vor dem Betrug zu erkennen. Beide Unternehmen arbeiten bereits mit KI, jedoch wird diese nur für kleinere interne Programme genutzt. Problematisch scheint auch, dass es Unklarheiten im Datenschutz mit der KI gibt und Krankenversicherer hohen Wert auf den Datenschutz legen – somit können sie ihre Daten nicht teilen, was für ein Fraud-Detection-Tool jedoch essenziell ist.

Abschliessend kann davon ausgegangen werden, dass die IT-Dienstleister wenig Geld und Zeit in ein Fraud-Detection-Tool investieren, da es nicht sicher scheint, finanziellen Gewinn damit zu erzielen. Projekte müssen sich für Unternehmen lohnen, jedoch sind Krankenkassen bereit, Geld für ein solches Tool aufzuwenden, und die Problematik betrügerischen Verhaltens im Gesundheitswesen ist allen Parteien hinreichend bekannt.