



## **Innovationsstudie 2009**

### **Optimierungspotentiale in der Dokumentenverarbeitung der Krankenversicherungen in Deutschland.**

GGMA Gesellschaft für Gesundheitsmarktanalyse mbH

Oktober 2009

## **Executive Summary**

Der schnelle Wandel im Gesundheitswesen stellt alle Beteiligten vor immer mehr und neue Herausforderungen. Die Rahmenbedingungen sind geprägt durch neue gesetzliche und ökonomische Regelungen sowie politische Vorgaben.

Krankenversicherungen erhalten Hunderte und Tausende von Dokumenten jeden Tag. Die Erfassung und Einlesung, die möglichst weitgehende initiale elektronische Analyse und Bearbeitung und dann gegebenenfalls die Zuordnung zu der richtigen Abteilung innerhalb des Unternehmens ist ein Kernprozess in den Unternehmen.

Die GGMA hat im Auftrag von ArztData GmbH und der Exorbyte GmbH Entscheidungsträger in allen größeren gesetzlichen Krankenversicherungen sowie allen privaten Krankenversicherungen zum Thema Dokumentenerfassung und –analyse befragt. Von 598 angeschriebenen resp. fernmündlich befragten Personen gaben insgesamt 106 valide und auswertbare Antworten (17,8%) – dies ist eine hinreichende Basis für eine repräsentative Darstellung.

Knapp 80% aller Befragten gaben an, in ihrem Unternehmen würde die Dokumentenerfassung manuell erfolgen. Dies muss als nicht zeitgemäß eingestuft werden. Gerade Krankenversicherungen mit ihrem hohen Dokumentenaufwand, dem Bedarf nach Fehlerfreiheit und hohem Maß an Datenschutz könnten sehr von den am Markt verfügbaren Lösungen für Dokumentenerfassung und –verarbeitung profitieren. Gerade einmal 3% der Unternehmen haben diese Arbeit an externe Spezialisten ausgegliedert.

Zudem haben immerhin deutlich über 10% mit einigen und knapp 5% mit erheblichen Problemen mit Erkennungs- und Zuordnungsschwierigkeiten zu kämpfen; während externe Dienstleister konsistent 80-100% Erkennungs-Erfolg erbringen (die Zahl ist jedoch zu klein, um generalisieren zu können).

Bei der ausschließlich optischen Erfassung mittels Optical Character Recognition, OCR, bestehen vielfach erhebliche Schwierigkeiten, hinreichende Erkennungsquoten zu erreichen. Bessere Hardware und verbesserte Formen des Abgleichs mit vorhandenen Stammdaten scheinen die wesentlichen Schwachpunkte zu sein, die dann auch viele Unternehmen von Investitionen in Dokumentenerfassung und –verarbeitung abhalten.

Knapp zwei Drittel der Befragten gaben an, Ihre Unternehmen pflegten die Stammdaten hausintern. Immerhin erfolgt bei knapp 5% der Unternehmen keine systematische Pflege von Daten, was angesichts des kontinuierlichen hohen Wandels sowohl bei Versicherten- wie auch Leistungserbringer-Daten verwundern kann. Weitere 2,3% reagieren passiv, d.h. bei Eintreffen neuer Daten, was ebenfalls nicht ausreichend ist.

Die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen hin zu mehr Markt und mehr Wahlfreiheit werden in erheblichem Maße die Komplexität der Datenverarbeitung in Krankenversicherungen erhöhen. Die politisch gewollte Wahlfreiheit des Patienten zum Beispiel hinsichtlich des Versicherungsumfangs oder möglicher Selbstbehalte, sowie die bewusst angestrebte Differenzierung bei den Verträgen mit Niedergelassenen und Krankenhäusern sowie Versorgungsnetzwerken erfordert ein hohes Maß an fachlicher medizinischer Kompetenz wie auch an Umgang mit Komplexität. IT-Lösungen können hier erhebliche Unterstützung bieten. Sie müssen aber eingebunden sein in klar und stringent organisierte Prozesse. Ebenfalls ist in jedem Fall zu prüfen, ob es sich anbietet, Leistungen in der Datenakquise und –pflege nach außen zu geben, denn zum einen gibt es heutzutage kaum mehr Vorteile durch proprietäres Wissen und zum anderen sind substantielle Rationalisierungsgewinne durch Skaleneffekte und Spezialisierung zu erwarten.

Internet-basierte Formen des Datenaustausches werden den Anstieg der Dokumentenerfassung begrenzen, der Bedarf an intelligenten Systemen zum Datenabgleich und erste Analyse wird davon aber nicht betroffen sein. Im Gegenteil: im Zeitalter automatisierter Übermittlung von Daten werden zunehmend Systeme benötigt, die Fehler erkennen und auf Inkonsistenzen hinweisen.

Dies kann als Signal für die Krankenversicherer gesehen werden, zum einen hier ihre Kompetenzen zu stärken und Kernprozesse so weit zu verbessern, dass sich ein sichtbarer Vorteil für Versicherte und Leistungserbringer ergibt. Dies kann Wettbewerbsvorteil in den Kosten, aber auch bei Qualitäts- und Komfort-Aspekte bieten, die zukünftig von hoher Bedeutung sein werden.

Eine konsequente systematische Analyse der Prozesse in Dokumentenerfassung und –auswertung erlaubt dem Unternehmen, die zentralen und geschäftlich relevanten Prozesse weiterzuentwickeln und gleichzeitig diejenigen Prozesse auszulagern, die von externen Dienstleistern günstiger und vielfach auch besser erbracht werden können.

## Hintergrund

Der schnelle Wandel im Gesundheitswesen stellt alle Beteiligten vor immer mehr und neue Herausforderungen. Die Rahmenbedingungen sind geprägt durch neue gesetzliche und ökonomische Regelungen sowie politische Vorgaben. In anderen Wirtschaftszweigen bereits etablierte Elemente, wie Marketing und Qualitätsmanagement durchdringen auch verstärkt den Medizinmarkt. Aus der einst wettbewerbsfreien Zone ist ein Markt geworden, der sich zunehmend über Angebot und Nachfrage reguliert. Sowohl bei gesetzlichen wie auch privaten Krankenversicherungen steigt der Rationalisierungsdruck und Zwang zur kontinuierlichen Verbesserung.

Krankenversicherungen erhalten Hunderte und Tausende von Dokumenten jeden Tag: Rechnungen, Anträge, Widersprüche, Tarifrelevantes, Anregungen, Beschwerden oder Lob. Eine wichtige Aufgabe ist die Erfassung und Einlesung, die möglichst weitgehende initiale elektronische Analyse und Bearbeitung und dann gegebenenfalls die Zuordnung zu der richtigen Abteilung innerhalb des Unternehmens.

Wenn die Prozesse stimmen, kann klug eingesetzte Informations-Technologie hier erhebliche Rationalisierungspotentiale realisieren.

ArztData GmbH als Lizenzgeber hochaktueller Leistungserbringerdaten sowie Exorbyte GmbH als Anbieter von spezialisierter Software zur Suche in strukturierten Daten haben die GGMA Gesellschaft für Gesundheitsmarktanalyse, Hamburg beauftragt, den momentanen Stand der Erfassung und Bearbeitung von Dokumenten in deutschen Krankenversicherungen zu erfassen.

Die Innovationsstudie 2009 stützt sich auf Antworten von 106 Entscheidungsträgern in gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen, bildet somit in hohem Maße die deutsche Krankenversicherungslandschaft ab und erlaubt repräsentative Aussagen zum Stand von Management, Prozessen und Technik in diesem Bereich. Ein Ausblick skizziert die Auswirkungen zukünftiger gesundheitspolitischer Entwicklungen auf die Anforderungen in Dokumentenerfassung und automatisierter Bearbeitung.

## **Material und Methoden**

322 Entscheidungsträger aller gesetzlichen Krankenversicherungen mit mehr als 50.000 Mitgliedern und alle privaten Versicherungen wurden online angeschrieben mit einem direkten personalisierten Link auf einen standardisierten Fragebogen im Internet, zudem 276 Personen angerufen, somit insgesamt 598 Entscheider angesprochen– hierzu gehören unterschiedliche Bereiche (IT, Unternehmensleitung, Controlling, Technik-Vorstand, Betriebsorganisation) und auch verschiedene Standorte. Dies sollte eine differenzierte Abbildung der Realität ermöglichen und zudem unterschiedliche Kenntnisstände und Wahrnehmungen innerhalb eines Unternehmens erfassen. Nach zehn Tagen wurde eine Erinnerungs-E-Mail versandt und dadurch die Möglichkeit zur Teilnahme um weitere zehn Tage verlängert. Nach Ablauf dieser zehn Tage wurde die Untersuchung abgeschlossen. Bei insgesamt sehr positiven Reaktionen wurden die Interviewer in verschiedenen Fällen zudem mit relevanten und kompetenten Gesprächspartnern verbunden bzw. wurde die E-Mail entsprechend weitergeleitet.

Die Antworten sowohl der Online-Fragebögen wie auch der telefonischen Antworten wurden einer Datenbereinigung unterzogen, in der die Daten von Schreib- und Lesefehlern befreit wurden. Zur Plausibilisierung wurde zudem eine Häufigkeitsauszählung vorgenommen und auf interne Konsistenz und offensichtliche Fehler überprüft – fehlerhafte Datensets wurden nicht berücksichtigt.

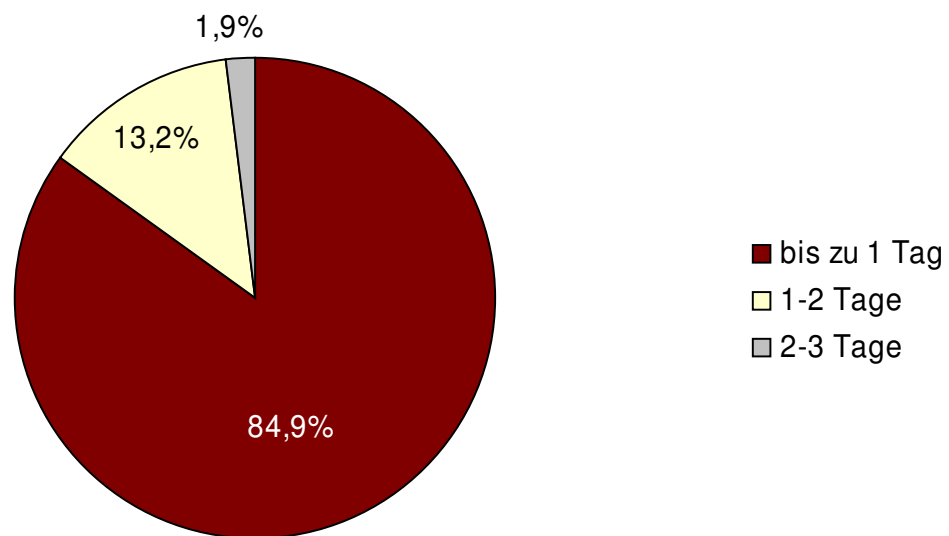
Insgesamt gaben 106 Personen ausreichende und valide Antworten, somit eine Responder-Rate von 17,8 %. Dies ist für eine spontane und nicht incentivierte Internet-/Telefon-Befragung ein hoher Wert mit entsprechender Repräsentativität.

## Ergebnisse

*Frage 1: Wie lange dauert die Verarbeitung eines Dokumentes vom physischen Posteingang bis zur Zustellung an den Sachbearbeiter im Durchschnitt?*

Hier antworteten 106 Personen und die große Mehrheit gibt an, lediglich einen Tag hierfür zu benötigen, was angesichts der verfügbaren Technik als Standard zu betrachten ist.

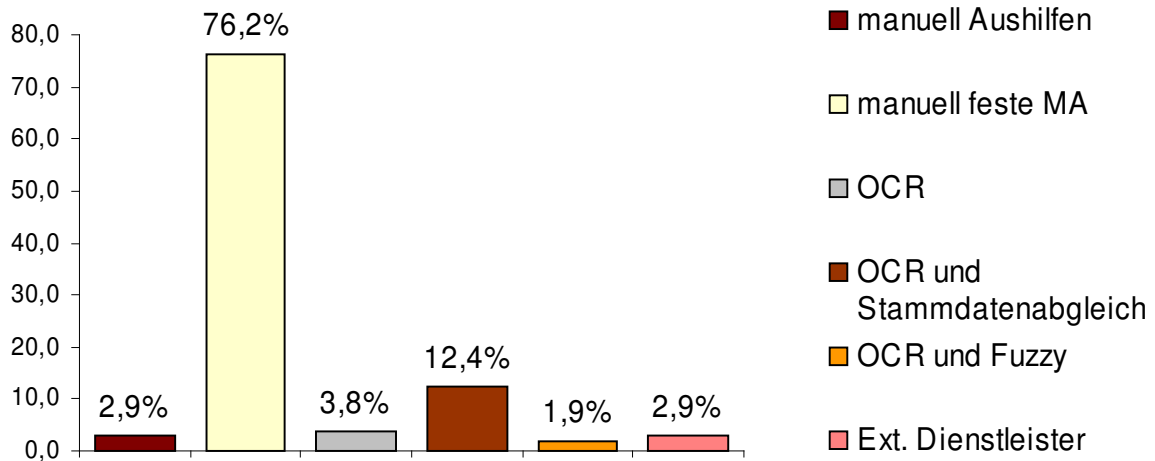
Abbildung 1: Dauer der Dokumentenverarbeitung



*Frage 2: Welche Techniken setzen Sie für die Dokumentenerfassung ein? (105 Antworten)*

Hier zeigt sich eine ganz große Überraschung: knapp 80% aller Befragten gaben an, in ihrem Unternehmen würde die Dokumentenerfassung von Hand erfolgen, sei es durch festangestellte Mitarbeiter, sei es durch Aushilfen. Dies muss als nicht zeitgemäß eingestuft werden. Gerade Krankenversicherungen mit ihrem hohen Dokumentenaufwand, dem Bedarf nach Fehlerfreiheit und hohem Maß an Datenschutz könnten sehr von den am Markt verfügbaren Lösungen für Dokumentenerfassung und –verarbeitung profitieren. Gerade einmal 3% der Unternehmen haben diese Arbeit an externe Spezialisten ausgegliedert.

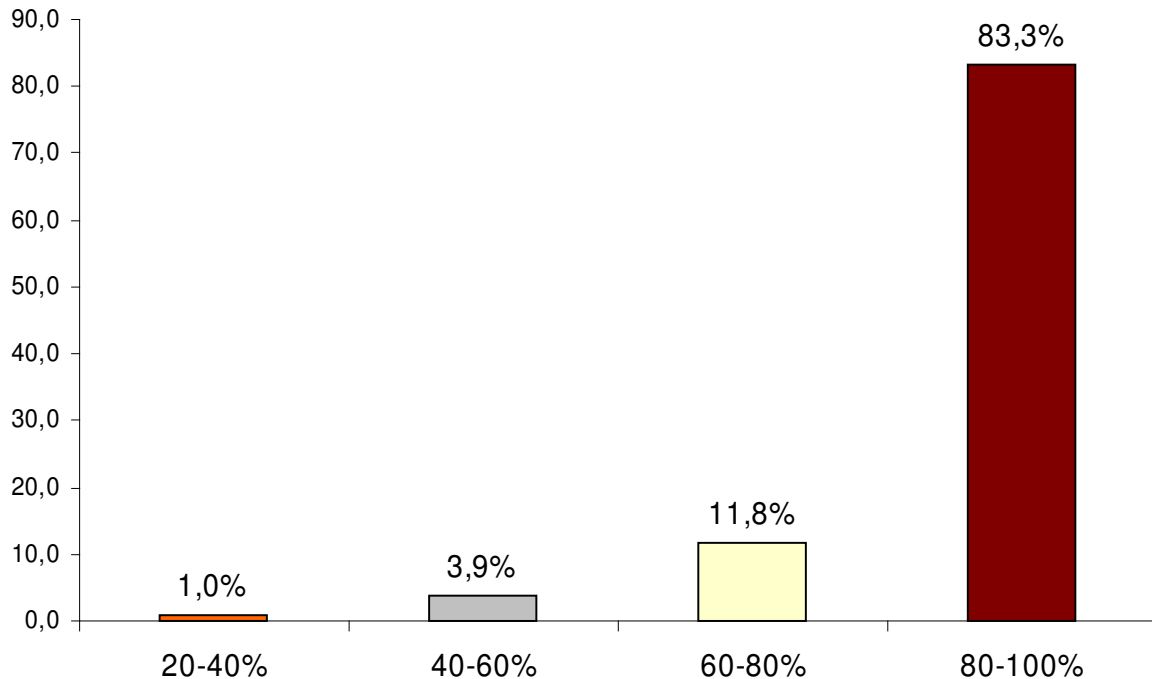
Abbildung 2: Techniken der Dokumentenerfassung (in %, keine Mehrfachnennungen)



*Frage 3: Wie hoch ist der Anteil der erfolgreichen Erkennung und Zuordnung von Dokumenten? (102 Antworten)*

Wenngleich die große Mehrheit der Befragten über ein hohes Maß an erfolgreicher Kennung und Zuordnung berichtet, so haben doch deutlich über 10% mit einigen und immerhin knapp 5% mit erheblichen Problemen in diesem Bereich zu kämpfen. Eine detaillierte Analyse zeigt, dass die externen Dienstleister konsistent 80-100% Erfolg schaffen (die Zahl ist jedoch zu klein, um generalisieren zu können). Von den 16 Fällen, in denen OCR in jeglicher Kombination eingesetzt wird und wo die Befragten zudem Angabe zu Frage 3 machen, berichten nur 3, die Erkennungs- und Zuordnungsquote läge über 80%. Dies deutet darauf hin, dass bei Verfahren der OCR noch vielfach mit Schwierigkeiten mit der Einrichtung und Anwendung solcher Technologien bestehen.

Abbildung 3: Anteil der erfolgreichen Erkennung und Zuordnung von Dokumenten (in %, Abszisse mit Häufigkeitsgruppen)



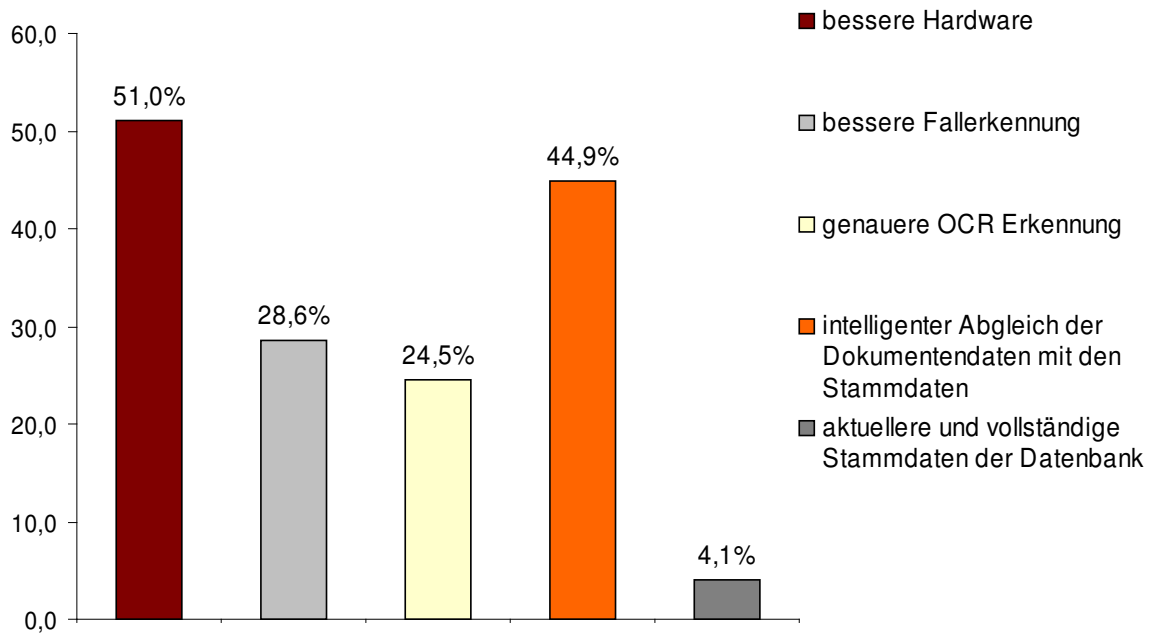
Frage 4: *Dokumente die manuell bearbeitet werden, erzeugen Kosten. Bei welchen der folgenden Themen sehen Sie Handlungsbedarf in Ihrem Unternehmen. Nennen Sie mindestens eines. (49 Antworten)*

Bessere Hardware und verbesserte Formen des Abgleichs mit vorhandenen Daten scheinen die wesentlichen Schwachpunkte zu sein, die dann auch viele Unternehmen von Investitionen in Dokumentenerfassung und –verarbeitung abhalten. Bessere OCR und Fall-Erkennung wird hingegen als nicht ganz so bedeutsam angesehen.

Auffällig ist, dass die Antwortrate bei dieser Frage deutlich niedriger als sonst ausfällt. Die Ursache dafür kann hier nicht abschließend ermittelt werden und es bleibt Spekulation, die genannte Prämisse („...erzeugen Kosten.“) und die damit verknüpfte Frage nach Handlungsbedarf womöglich Unbehagen oder gar Evasionstendenzen bei einigen der Befragten auslöste.



Abbildung 4: Handlungsbedarf in den Unternehmen (in %, Mehrfachnennungen möglich)

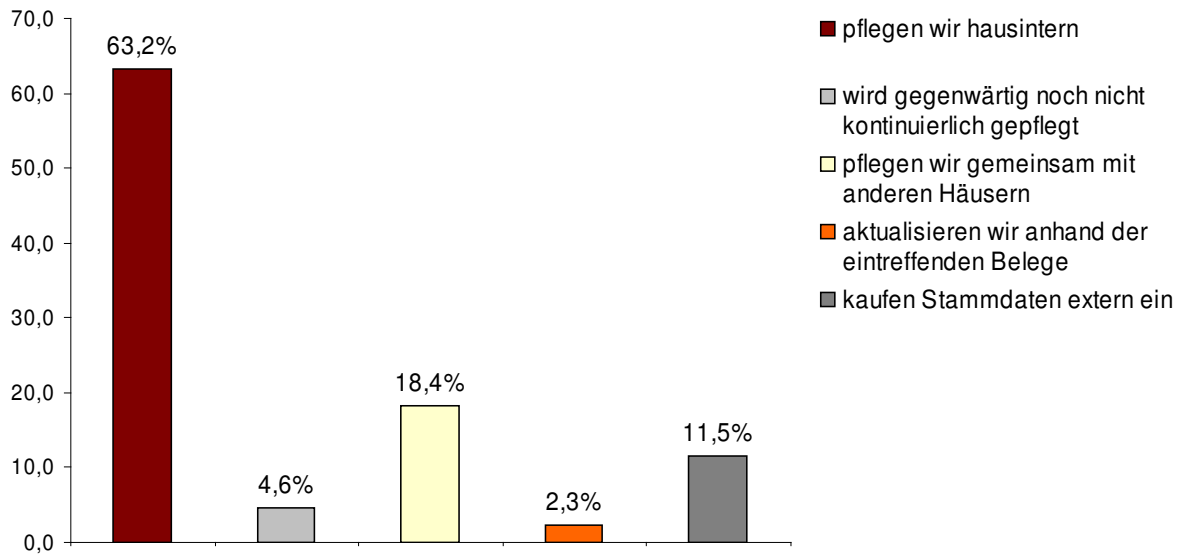


Frage 5: *Wie wird der Datenstamm im Unternehmen gepflegt (87 Antworten)*

Hier zeigt sich die zweite Überraschung in der Studie. Knapp zwei Drittel der Befragten gaben an, Ihre Unternehmen pflegten die Stammdaten hausintern. Möglicherweise wird dies noch als eine wichtige Quelle von proprietärer Information und letztlich Wettbewerbsvorteil gesehen. Weiterhin interessant ist, dass immerhin knapp 5% angeben, es erfolge keine systematische Pflege von Daten, was angesichts des kontinuierlichen hohen Wandels sowohl bei Versicherten- wie auch Leistungserbringer-Daten verwundert. Weitere 2,3% reagieren passiv, d.h. bei Eintreffen neuer Daten, was ebenfalls nicht ausreichend ist.

Hinsichtlich der Daten der Leistungserbringer in Deutschland wird im Jahresmittel eine Änderungs- und Aktualisierungsquote von beinahe 40% gemessen, sofern wesentliche Detailinformationen wie Subspezialisierungen und elektronische Kontaktdaten berücksichtigt werden. Stammdaten nicht systematisch zu pflegen, führt damit naturgemäß bei Abgleichen mit eingelesenen Dokumenten zu unzureichenden Ergebnissen. Eine systematische Stammdatenpflege dagegen erscheint zugleich so aufwändig, dass sie - wenn sie konsequent erfolgt – für die einfache Nutzung durch nur ein Haus kaum wirtschaftlich darstellbar ist.

Abbildung 5: Den Datenstamm der Leistungserbringer...



## Diskussion

Diese praxis-orientierte Studie fokussiert auf einen vergleichsweise kleinen, aber wichtigen Bereich im Management von Krankenversicherungen: Stammdaten und Dokumentenerfassung als Basis für Leistungsprüfung, Abrechnung, Qualitätsmanagement und Kundenbindung.

Daten und Dokumente, die in hoher Qualität rasch verarbeitet werden und bei denen zudem automatisch wesentliche (wenn nicht gar alle) Elemente der Leistungserbringung und –abrechnung geprüft werden können, bietet folgende Vorteile:

- (i) Zügige Erstattung von Patienten- und Arztrechnungen
- (ii) Unberechtigte, aber auch nicht abgerechnete Leistungsansprüche werden erkannt
- (iii) Es ergeben sich Hinweise auf die Qualität der Leistungserbringung
- (iv) Betrugsbekämpfung wird unterstützt
- (v) Besondere Bedarfe von Patienten werden erkannt, die ein Case Management rechtfertigen

Überraschend ist, dass in knapp 80% der Unternehmen auch heute noch manuelle Verarbeitung vorherrscht. Dies in einer Branche, die in hohem Maße auf fehlerfreie und manipulationsresistente Eingabe und Weiterverarbeitung angewiesen ist. Auch der Fakt, dass zwei Drittel der Befragten berichten, in ihrem Unternehmen erfolge noch eine hausinterne Pflege der Daten, deuten auf erhebliches Verbesserungspotential hin.

Diese quantitative Datenlage bestätigt sich in einzelnen Erfahrungen der Autoren. In einem Fall wurde auf Nachfrage eingestanden, dass in einer namhaften großen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) einzelne Abteilungen jeweils ihre eigenen Datenstämme pflegen würden und dass es eine Form der Rivalität zwischen Abteilungen gebe, solche Daten auch nur für sich zu behalten. In einem anderen Fall wurde, ebenfalls in einer großen GKV, die Patientendatei händisch geführt und aktualisiert. Eine große Privatversicherung führte bei Forderungen unterhalb von 300 Euro keine weitere Prüfung durch und bezahlte ungesehen. Eine Analyse von der Abrechnung bei schwangeren Frauen zeigte, dass diese ohne jegliche medizinische Indikation teilweise monatlich umfangreiche sonographische Untersuchungen erhielten. Da diese jeweils mit einem Betrag unter 300 Euro abgerechnet wurden, erfolgte keinerlei Prüfung.

Diese unzureichende Automatisierung von Datenerfassung und –verarbeitung wird in der nahen Zukunft zu erheblichen Problemen führen: Die politisch gewollte Vertragsfreiheit und die damit erhöhten Wahlmöglichkeiten der Versicherten, komplexere Vertragsverhältnisse etwa durch Teil- und Zusatztarife und vermehrte Elemente marktlichen Wettbewerbs in den Beziehungen zu den Leistungserbringern wird zu einer massiven Erhöhung von Datenmengen und –komplexität führen.

Die hausinterne Pflege von Stammdaten ist, zumindest im Bereich der Leistungserbringer als obsolet anzusehen. Hier gibt es heutzutage keine Vorteile mehr durch proprietäres Wissen– im Gegenteil, ein externer Dienstleister kann durch sehr viel mehr Datenpunkte und Vergleiche außerhalb der einzelnen Versicherung / Krankenkasse zusätzliches Wissen generieren und bereitstellen.

## Ausblick

Die Studie zeigt, dass momentan die Datenerfassung in den deutschen Krankenversicherungen noch in erheblichem Maß manuell geschieht – angesichts des hohen Datenvolumens, der potentiellen Fehleranfälligkeit und der damit verbundenen Kosten ein überraschendes Ergebnis.

Hinzu kommt, dass knapp zwei Drittel der Responder aussagt, die Daten werden hausintern gepflegt. Bei hohen Kosten und in vielen Fällen nicht optimaler Nutzung verfügbarer Technik kann auch hier in vielen Fällen ein erhebliches Verbesserungspotential vermutet werden.

Waren bislang in der Administration mit kassenärztlichen Vereinigungen, privatärztlichen Verrechnungsstellen und Krankenhäusern nur relativ wenige Parameter zu berücksichtigen, so wird durch die zunehmende Diversifizierung und Fragmentierung des Versicherungs- und Anbietermarktes die Bearbeitung eines typischen Versicherungsfalles erheblich komplexer werden.

Folgende Fragen sind zu klären:

- (1) Ist der Patient ein Mitglied der Versicherung?
- (2) Ist diese spezielle medizinische Leistung durch den Versicherungsschutz des Patienten abgedeckt?
- (3) Gibt es andere Versicherungen, die gegebenenfalls diese Leistung abdecken sollte?
- (4) Ist die medizinische Leistung aufgrund eines Unfalls durchgeführt worden, so dass die Bezahlung durch die entsprechende Unfallversicherung zu leisten ist?
- (5) Ist die medizinische Leistung konsistent mit der klinischen Diagnose des Patienten, der Vorgeschichte, dem Alter und dem Geschlecht?
- (6) War die Leistung medizinisch notwendig?
- (7) Wurde die Leistung gegebenenfalls vorher genehmigt?
- (8) Ist der Anbieter qualifiziert, diese Leistung abzurechnen?

(9) Ist der Anbieter ein Mitglied eines Netzwerkes?

(10) Welche Konditionen bestehen für diesen Anbieter bei Erbringung dieser besonderen Leistung?

(11) Sind eventuelle Zuzahlungs- und Selbstbehaltsgrenzen erreicht?

(12) Hat der Patient bereits bezahlt und wem soll erstattet werden: dem Patienten oder dem Leistungserbringer?

Die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen hin zu mehr Markt und mehr Wahlfreiheit werden in erheblichem Maße die Komplexität der Datenverarbeitung in Krankenversicherungen erhöhen. Die politisch gewollte Wahlfreiheit des Patienten zum Beispiel hinsichtlich des Versicherungsumfangs oder möglicher Selbstbehalte, sowie die bewusst angestrebte Differenzierung bei den Verträgen mit Niedergelassenen und Krankenhäusern sowie Versorgungsnetzwerken erfordert ein hohes Maß an fachlicher medizinischer Kompetenz wie auch an Umgang mit Komplexität. IT-Lösungen können hier erhebliche Unterstützung bieten. Sie müssen aber eingebunden sein in stringent organisierte Prozesse. Ebenfalls ist in jedem Fall zu prüfen, ob es sich anbietet, Leistungen in der Datenakquise und –pflege nach außen zu geben, denn auch hier sind substantielle Rationalisierungsgewinne durch Skaleneffekte und Spezialisierung zu erwarten.

Internet-basierte Formen des Datenaustausches werden den Anstieg der Dokumentenerfassung begrenzen, der Bedarf an intelligenten Systemen zum Datenabgleich und erste Analyse wird davon aber nicht betroffen sein. Im Gegenteil: im Zeitalter automatisierter Übermittlung von Daten werden zunehmend Systeme benötigt, die Fehler erkennen und auf Inkonsistenzen hinweisen.

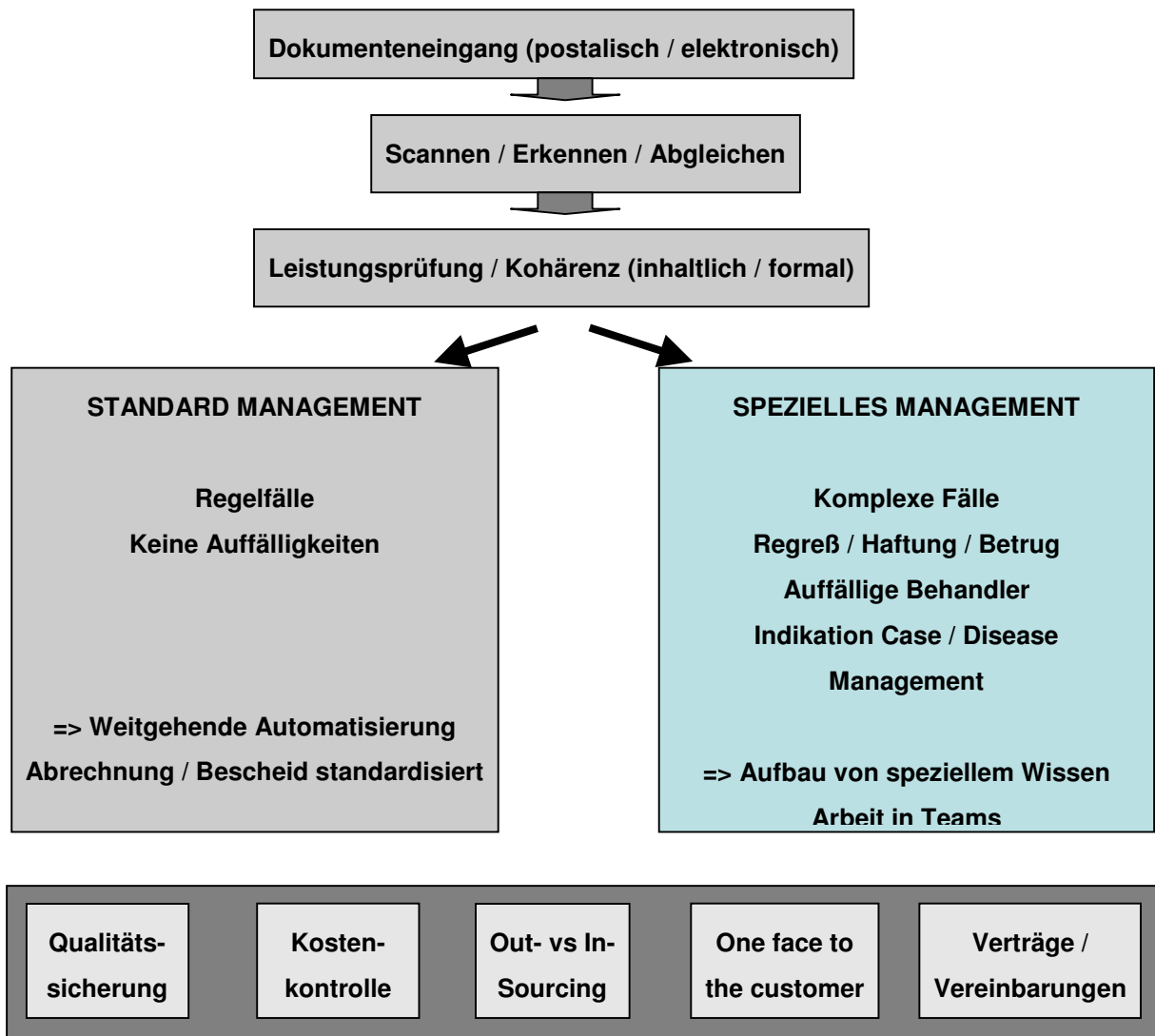
Internationale Erfahrungen (insbesondere aus den USA) haben gezeigt, dass die unkritische Anwendung verfügbarer IT-Lösungen in der Regel nicht die gewünschten Ergebnisse bringen. Eine systematische und strategisch orientierte Analyse und gegebenenfalls Korrektur der grundlegenden Prozesse muss in jedem Fall vorausgehen. Gleichzeitig sind verschiedene Unternehmen daran gescheitert, ihre Kompetenz in Datenakquise und –verarbeitung in den Krankenversicherungsbereich zu übertragen.

Dies kann als Signal für Krankenversicherer gesehen werden, zum einen hier ihre Kompetenzen zu stärken und Kernprozesse so weit zu verbessern, dass sich ein sichtbarer Vorteil für Versicherte und Leistungserbringer ergibt. Dies kann Wettbewerbsvorteil in den Kosten, aber auch bei Qualitäts- und Komfort-Aspekten bieten, die zukünftig von hoher Bedeutung sein werden.

Eine konsequente systematische Analyse der Prozesse in Dokumentenerfassung und –auswertung erlaubt dem Unternehmen, die zentralen und geschäftlich relevanten Prozesse weiterzuentwickeln und gleichzeitig diejenigen Prozesse auszulagern, die von externen Dienstleistern günstiger und vielfach auch besser erbracht werden können.

Abbildung 6 gibt einen Überblick über die grundsätzlichen Abläufe in einer Krankenversicherung und skizziert eine Möglichkeit der unternehmensinternen Prozessdifferenzierung basierend auf optimalem Einsatz von verfügbarer Technologie. Automatisierung und Standardisierung setzen Kapazitäten und Kompetenzen frei, um sich auf schwierige, auffällige und teure Vorfälle zu fokussieren.

Abbildung 6: Optimierung des Leistungsmanagements





Autor der Studie

Professor Dr. med. Dr. rer. pol. Konrad Obermann

Mannheimer Institut für Public Health (MIPH)

Mannheimer Medizinische Fakultät

Universität Heidelberg

Ludolf-Krehl-Straße 7-11

68167 Mannheim

Wissenschaftlicher Leiter der GGMA Gesellschaft für Gesundheitsmarktanalyse mbH

obermann@ggma.de

040 / 39 80 469-0

Ausführung:

GGMA Gesellschaft für Gesundheitsmarktanalyse mbH

Parkallee 20

20144 Hamburg

040 / 39 80 469-0

[www.ggma.de](http://www.ggma.de)

[info@ggma.de](mailto:info@ggma.de)

Anhang: der verwendete Fragebogen

Innovationsstudie 2009

Optimierungspotentiale in der Dokumentenverarbeitung.

## Eingangsseite

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

in Ihrem Hause müssen täglich tausende Dokumente erkannt und verarbeitet werden. Dies verzehrt erhebliche Ressourcen.

Wir möchten mit dieser Erhebung ermitteln, wie durch Prozessoptimierung an dieser Stelle die Abläufe beschleunigt und wirtschaftlicher gestaltet werden können.

Würden Sie uns dafür bitte fünf knappe Fragen beantworten?

Zum Fragebogen (Link)

Herzlichen Dank,  
mit freundlichen Grüßen

*Unterschrift*

Prof. Dr. Dr. Konrad Obermann

Zum Fragebogen (Link)

## Fragebogenseite

Innovationsstudie 2009

Optimierungspotentiale in der Dokumentenverarbeitung.

1. Wie lange dauert die Verarbeitung eines Dokumentes vom physischen Posteingang bis zur Zustellung an den Sachbearbeiter im Durchschnitt?

bis zu 1 Tag

1-2 Tage

2-3 Tage

4 Tage und mehr

Ihr Hinweis dazu: \_\_\_\_\_

2. Welche Techniken setzen Sie für die Dokumentenerfassung ein?

(Nennen Sie bitte das vorrangig genutzte Verfahren)

- manuell durch Aushilfskräfte

- manuell durch feste Mitarbeiter

- OCR

- OCR und Abgleich mit den Stammdaten (Leistungserbringer/ Kundendatenbank)

- OCR und Fuzzy logic-basiertem Abgleich

- Externe Dienstleister

Ihr Hinweis dazu: \_\_\_\_\_

3. Wie hoch ist der Anteil der erfolgreichen Erkennung und Zuordnung von Dokumenten?

20%-40%

40%-60%

60%-80%

80%-100%

Ihr Hinweis dazu: \_\_\_\_\_

4. Dokumente die manuell bearbeitet werden, erzeugen Kosten. Bei welchen der folgenden Themen sehen Sie Handlungsbedarf in Ihrem Unternehmen. Nennen Sie mindestens eines.

(Mehrfachnennung möglich)

- bessere Hardware
- bessere Fehlererkennung/Dokumentenklassifikation
- genauere OCR Erkennung
- intelligenter Abgleich der Dokumentendaten mit den Stammdaten
- aktuellere und vollständige Stammdaten der Datenbank

(Leistungserbringer/Kundendatenbank)

Ihr Hinweis dazu: \_\_\_\_\_

5. Den Datenstamm der Leistungserbringer

(Nennen Sie bitte das vorrangig genutzte Verfahren)

pflegen wir hausintern

wird gegenwärtig noch nicht kontinuierlich gepflegt

pflegen wir gemeinsam mit anderen Häusern, z.B. im Konzern

aktualisieren wir anhand der eintreffenden Belege

wir kaufen die Stammdaten extern ein

Ihr Hinweis dazu: \_\_\_\_\_

Button: Angaben absenden

### **Dankesseite:**

Herzlichen Dank für Ihre Informationen und die Zeit, die Sie uns gewidmet haben.

GGMA Gesellschaft für Gesundheitsmarktforschung mbH

Button: Fenster schließen