

# Das Geschäftsmodell der Rechnungsprüfung bei Krankenkassen - Wie gefährlich sind geschlossene oligopolistische Marktstellungen im Gesundheitswesen?

David Matusiewicz

---

DXM Group Open Text

Schriftenreihe I No. 1, Jg. 1, 2022

In den letzten Jahren hat sich im Markt der Rechnungsprüfer und Abrechner für Krankenkassen im Versorgungsbereich Hilfsmittel, Heilmittel, Häusliche Krankenpflege, Krankenfahrten und Hebammen (um die wichtigsten zu nennen) unbemerkt eine gewaltige strategische Schiefelage entwickelt, die zunehmend zu Verwerfungen führt und Teile der Versorgung von Patienten mit Hilfsmitteln und therapeutischen Behandlungen gefährden könnte. Wie gefährlich sind geschlossene oligopolistische Marktstellungen im Gesundheitswesen? Über strategische Risiken für Leistungserbringer und die gesetzliche Krankenversicherung.

## 1. Hintergrund

Die sogenannte Abrechnung für „Sonstige Leistungen“ nach §302 SGB V regelt, wie zum Beispiel Hilfsmittelversorger oder Physiotherapeuten nach geleisteter Versorgung ihre Vergütung von den Krankenkassen erhalten. Anders als bei der Abrechnung von ärztlichen Leistungen, Arzneimitteln oder im Krankenhaus ist die Versorgung mit sonstigen Leistungen im Prinzip ein sog. „Kostenvoranschlagsgeschäft.“ In vielen Fällen – vor allem bei teureren Versorgungen – müssen Krankenkassen Kostenvoranschläge (Anträge) entgegennehmen und die Versorgung vorher genehmigen. In einfachen Fällen verzichten Krankenkassen häufig auf ein solches aufwändiges Verfahren und lassen die Leistungserbringer direkt abrechnen. In allen Fällen – genehmigungsfrei oder nicht – müssen Leistungserbringer nach den Regularien des genannten Paragraphen, den Vereinbarungen des TP5 (Datenaustausch) und den speziellen Vertragsbestimmungen mit den Krankenkassen die Abrechnung beginnen. Dies ist insgesamt bis heute ein vollständig papierbasierender Prozess, der so aufwändig und fehlerbehaftet ist, dass die Krankenkassen, die diese Abrechnungen im Einzelfall prüfen müssen, jene Aufgaben, die mit der Entgegennahme, Prüfung und Abrechnung und Rückweisung von Leistungsrechnungen zu tun haben, in hoher Zahl teilweise oder vollständig im Sinne des Outsourcings auf externe Dienstleister ausgelagert haben: Die Rechnungsprüfer.

## 2. Die Rechnungsprüfung der Krankenkassen

Viele Krankenkassen – aber nicht alle – lagern die Tätigkeit der Rechnungsprüfung und Abrechnung auf externe Dienstleister aus. Diese Rechnungsprüfer der Krankenkassen haben eine umfangreiche Aufgabe. Die nehmen Abrechnungsdaten der Leistungserbringer entgegen, ebenso das komplette begleitende Papiermaterial mit dem folgenden Vorgang: sortieren, ordnen, prüfen, zuweisen und abgleichen. Prüfen eingereichte Daten hinsichtlich Vertragsdaten, Preisen, Versichertendaten und Krankenkassenregeln und stellen am Ende fest, ob die Rechnung korrekt und berechtigt ist. Wenn nicht, werden Ansprüche gekürzt oder ganz gestrichen. Von allen Zahlungen werden dann zahlbare Datensätze gebildet, die dann nach bestimmten Zeiten und Fristen an die Leistungserbringer en Block gezahlt werden. Viele

Krankenkassensysteme können Einzelzahlungen nicht leisten, in diesem Fall übernimmt der Rechnungsprüfer auch den Zahlungsverkehr mit den Einreichern und verrechnet dann intern mit den Krankenkassen. Schließlich lagert der Rechnungsprüfer das eingehende Papier noch ein und hält es für nachträglich Prüfungen vor. Und selbstverständlich erstattet der Rechnungsprüfer der beauftragenden Krankenkasse ausführlich Bericht über die getane Arbeit im Rahmen von Statistiken und Controlling.

## 3. Fehlanreize inklusive

Dieses ganze Verfahren ist sehr langwierig, teuer und fehleranfällig. Zwischen Versorgung eines Patienten (z.B. mit Physiotherapie oder Diabetes-Teststreifen) und Rechnungslauf können aufgrund vertraglicher Regelungen mit der Krankenkasse mehrere Wochen vergehen. Die Datenlage, die dem abrechnungswilligen Leistungserbringer zur Verfügung steht, unterscheidet sich aber deutlich von den eigenen Daten, die eine Krankenkasse zur Rechnungsprüfung heranzieht. So kommt es häufig ungewollt zu falschen Abrechnungen. Aber ebenso können Fahrlässigkeit oder Vorsatz zu falschen Abrechnungen führen. Der Job der Rechnungsprüfung der Krankenkassen ist es nun, diese fehlerhaften oder vorsätzlich falschen Abrechnungen zu erkennen und den Fehler zu kürzen.

Gefundene Fehler führen zu den Absetzungen, der im Rechnungswesen der Krankenkassen häufig auch „Abrechnungsgewinn“ bezeichnet wird und eine Steuerungsgröße bzw. Zielvorgabe ist. Systemisch für die beteiligten Akteure in der Rechnungsprüfung ist es derzeit in der Praxis lukrativer, eine falsche Rechnung über 100 Euro um 10 Euro zu kürzen, als die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass direkt eine richtige Rechnung über 90 Euro produziert wird.

## 4. Lukrative Rechnungsprüfung

Die hohen technischen, fachlichen und organisatorischen Anforderungen an das Papier- und Datenhandling der Dienstleister für die Rechnungsprüfung der Krankenkassen haben in der Vergangenheit zu zahlreichen Firmengründungen geführt: von lokalen Betrieben für kleinere Krankenkassen, über Arbeitsgemeinschaften oder Eigenbetriebe von Krankenkassengruppen bis hin zu großen Dienstleistern für die großen Krankenkassen mit hohem Belegvolumen. Viele Betriebe sind aus eigenen Abteilungen entstanden, die Krankenkassen ursprünglich für diese Aufgabe gegründet haben. Insbesondere die mittleren und größeren Betriebe erfreuten sich guter, stabiler Umsätze und hoher Renditen. Insgesamt ein sehr lukrativer, margenträchtiger Markt mit hohen Markteintrittshürden.

Die Fusionswelle der Krankenkassen in den letzten Jahren hat zu einer Konsolidierung des Anbietermarktes für Rechnungsprüfungen geführt. Viele Eigenbetriebe oder kleine Unternehmen, die aus Ausgründungen

von Krankenkassenabteilungen entstanden sind, wurden ebenfalls fusioniert oder geschlossen, weil in der größeren Einheit nach einer Krankenkassenfusion die Ressourcen des ursprünglichen Dienstleisters nicht mehr ausreichten und ein Schwenk auf die größeren Rechnungsprüfer notwendig wurde. Auf diese Weise kristallisierten sich folgende Rechnungsprüfer-Dienstleister heraus, die seit einigen Jahren konstant auf dem Markt vertreten sind, und man als „geschlossenes Oligopol“ bezeichnen kann. Folgenden Marktteilnehmer sind aktuell vertreten:

#### Firma und Bezeichnung

- **DAVASO, Leipzig** (größter Anbieter Rechnungsprüfungen nach §302 SGB V – vertritt unter anderem die TK und DAK)
- **DDG, Essen** (Großkunde: die BARMER und einige kleine Krankenkassen)
- **ARZ Emmendingen, Emmendingen** (Eigenbetrieb des BKK Landesverbandes Südbaden, viele kleine und mittlere BKK und IKK-Kunden)

Es gibt zwar nach eigener Recherche noch kleinere Rechnungsprüfer klassischer Ausrichtung, die allerdings in der Gesamtsicht keine Marktrelevanz haben und daher als Residualkategorie zusammengefasst werden.

Während bei der DDG und dem ARZ Emmendingen die Eigentumsverhältnisse in den letzten Jahren ruhig und stabil waren, hat die DAVASO aus Leipzig eine wilde jüngere Geschichte hinter sich gebracht. Das margenträchtige Geschäft hat Investoren aus dem In- und Ausland angezogen, die sich bei der DAVASO informiert haben. Die folgenden Transaktionen sind im Folgenden kurz skizziert:

- 2016 BREGAL kauft INTER-FORUM
- 2016 BREGAL kauft SYNTELA
- 2016 DAVASO (Fusion INTER-FORUM & SYNTELA)
- 2017 MONTAGU kauft DAVASO von Bregal
- 2022 IQVIA kauft DAVASO von MontagU

Jeweils verbunden mit einem Wechsel der Unternehmensspitze.

### 5. Rechnungsprüfer sind systemrelevant

Die Abrechnung der sonstigen Leistungen nach §302 SGBV sind systemrelevant. Aufgrund der bleischweren papierbasierten Prozesse in der Abrechnung sind die Krankenkassen, vor allem die großen Akteure, auf funktionierende Dienstleister angewiesen, um die Bezahlung der Leistungserbringer bewältigen zu können. Langsame Zahlungsabwicklung führt, so zeigt die Vergangenheit, zu massiven Abwehrhaltungen der Versorger. Patienten von Krankenkassen, die langsam und/oder

schlecht bezahlen oder einen schlechten Rechnungsprüfer haben, werden von den Versorgern boykottiert. Das kann massive Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit haben.

Eine Untersuchung der 25 größten Krankenkassen zeigt die Bedeutung der Rechnungsprüfer in der Abrechnungsdienstleistung.<sup>1</sup>

Tabelle 1: Zuordnung Abrechner zur Krankenkasse

#	Krankenkasse	Abrechnung durch	Versicherte
1	Techniker	DAVASO	10.980.000
2	Barmer	DDG	8.707.000
3	DAK	DAVASO	5.537.000
4	AOK Bayern	Eigenabrechnung	4.619.000
5	AOK Baden-Württemberg	Eigenabrechnung	4.581.000
6	AOK PLUS	Eigenabrechnung	3.456.000
7	IKK Classic	DAVASO	3.072.000
8	AOK Rheinland/Hamburg	Eigenabrechnung	3.012.000
9	AOK Niedersachsen	DAVASO	2.980.000
10	AOK Nordwest	DAVASO	2.911.000
11	AOK Hessen	DAVASO	1.702.000
12	AOK Nordost	Eigenabrechnung	1.692.000
13	KKH	ARZ Emmendingen	1.597.000
14	KNAPPSCHAFT	Eigenabrechnung	1.439.000
15	AOK Rheinland-Pfalz/Saarland	Eigenabrechnung	1.211.000
16	SBK	DAVASO	1.103.000
17	Mobil Krankenkasse	DAVASO	966.000
18	hkk Krankenkasse	ARZ Emmendingen	892.000
19	AOK Sachsen-Anhalt	Eigenabrechnung	823.000
20	Audi BKK	ARZ Emmendingen	732.000
21	VIACTIV	DAVASO	726.000
22	pronova BKK	DAVASO	643.000
23	IKK Südwest	CONDATESTA GmbH	636.000
24	BAHN BKK	ARZ Emmendingen	594.000
25	BKK VBU	ARZ Emmendingen	556.000
	GESAMT		65.167.000

Quelle: eigene Darstellung

Damit fallen auf die einzelnen Rechnungsprüfer folgende Anteile am gesamten Rechnungsprüfungsaufkommen externer Dienstleister (ohne Eigenabrechner).

<sup>1</sup> <https://www.davaso.de/service/kostentraegerverzeichnis/>  
<https://www.barmer.de/ueberuns/leistungserbringer/hilfsmittel/abrechnung-von-hilfsmitteln-1057192>

<https://www.abrechnungszentrum-emmendingen.de/fuer-leistungserbringer/kostentraegerverzeichnis>  
 Websites der Krankenkassen

Tabelle 2: Kumulierter Marktanteil der Abrechner

Anbieter	Anzahl Versicherte	Marktanteil
DAVASO	30.620.000	69%
DDG	8.707.000	20%
ARZ EMMENDINGEN	4.371.000	10%

Quelle: eigene Darstellung

## 6. Neuorganisationen: Prozesse und Personal

Beachtet man nun, dass die Erbringung der Rechnungsprüfung eine hochgradig papierbasierte und manuelle Tätigkeit ist, bekommt die Dominanz einzelner Rechnungsprüfer kritische Relevanz. Beachtet man zusätzlich, dass die Rechnungsprüfer wie alle anderen personalintensiven Dienstleister auch aus anderen Branchen in den Corona-Zeiten massiven Ressourcen Probleme hatten und haben, stellt sich die völlig berechtigte Frage nach dem Risiko, welches durch die Abhängigkeit einer gesamten Versorgungsbranche an das reibungslose Funktionieren eines einzigen ressourcenhungrigen Dienstleisters entsteht. Vergleiche mit der unglücklichen strategischen Situation der Bundesrepublik in Sachen strategischer Abhängigkeit von Erdgas von einem einzigen Exporteur drängen sich nun gerade auf. Wie sicher und verlässlich sind Dienstleister, die einen großen Personalbedarf haben, sich einem Verfallsdatum versehenen Papierbusiness widmen und ggf. fordernde Profitabilitätsziele haben, die weder Personalreserven beinhalten noch Investitionen in digitale Prozesse?

## 7. Stresstest: Pläne für den Notfall

Moderne Unternehmen sind verpflichtet, Business Continuity und Risk-Management zu betreiben. Welche Risiken gefährden den Geschäftsbetrieb – hier den Versorgungsbetrieb. Welche Maßnahmen muss ich ergreifen, um potenzielle Gefahren abzuwehren oder den Betrieb anderweitig aufrecht zu erhalten? Konkret geht es um das Szenario, welches sich ergibt, wenn die Gruppe der dominierenden Anbieter ausfällt. Da es sich in dieser speziellen Konstellation um ein geschlossenes Oligopol handelt, reicht die Betrachtung des Szenarios, dass der größte Anbieter ausfällt.

Szenario:

der größte Dienstleister für Rechnungsprüfung fällt aus

Folge:

Für 10 Krankenkassen (aus der TOP25-Gruppe) mit 30,6 Millionen Versicherten droht, dass sie ihre Leistungserbringer nicht mehr bezahlen können. Leistungserbringer drohen, Versicherte nicht mehr zu versorgen.

Mögliche Maßnahmen im aktuellen Kontext:

A: Einer der übrig gebliebenen Dienstleister übernimmt die Rechnungsprüfung.

Bewertung: Dies dürfte eigentlich nur für kleine Krankenkassen in Frage kommen. Die verbleibenden Rechnungsprüfungs-Dienstleister haben für ihren aktuellen Betrieb passende Ressourcen (Menschen, Maschinen, Organisation) und sind wahrscheinlich nicht in der Lage, ihre Kapazitäten auf einen Schlag so drastisch zu erweitern, dass die ausgefallenen Kapazitäten übernommen werden könnten. Zur Verdeutlichung: Der zweitgrößte Rechnungsprüfer müsste seinen Betrieb schlagartig um 350% steigern, um die Ausfälle übernehmen zu können. Das ist nicht realistisch.

B: Krankenkassen übernehmen die Abrechnung in Eigenregie

Diese Möglichkeit ist unrealistisch, weil die Krankenkassen weder Technologie noch Personal noch die weiteren Ressourcen haben, um diese Aufgabe zu leisten.

C: Eine Krankenkasse oder eine Gruppe von Krankenkassen kauft den Dienstleister auf

Die Übernahme des Dienstleisters ist ein theoretisches Konstrukt, welches eine Leistung in die Ressourcen des ausgefallenen Dienstleisters voraussetzt, die nicht mehr vorhanden ist, weil der Dienstleister ansonsten ja nicht ausgefallen wäre. Und selbst unter der Annahme, dass man die wirtschaftlich-technische Lage eines Unternehmens außer Acht ließe, sind die rechtlichen Voraussetzungen für den Kauf eines privaten Unternehmens für Krankenkassen überaus schwierig.

D: Eine Krankenkasse oder eine Gruppe von Krankenkassen kauft die Ressourcen des ausgefallenen Dienstleisters auf und übernimmt die Abrechnung in Eigenregie.

Diese Alternative ist theoretisch gangbar für eine große Krankenkassen mit finanzieller Ausstattung. Der Plan wäre, freiwerdendes Personal des gefallenen Dienstleisters aufzunehmen und die Abrechnung für sich allein durchzuführen, selbstverständlich mit großem Kosten- und Ressourcenaufwand. Kritisch anzumerken ist aber, dass diese Lösung nur einer oder nur einer sehr kleinen Anzahl von Krankenkassen hilft, alle anderen gehen leer aus, nach dem Motto: Rette sich wer kann.

Darüber hinaus ist fraglich, ob sich angesichts der Haushaltssituationen der Krankenkassen überhaupt genügend finanzielle Ausstattung findet, um ein solches Vorhaben zu stemmen. Politisch beschlossen durch das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz ist, dass die für 2023 bestehende Finanzierungslücke bei der Gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von rund 17 Milliarden Euro geschlossen werden soll. Dazu sollen die Finanzreserven der Krankenkassen in relevantem Umfang reduziert werden. Eine Entnahme dieser Reserven für den Aufbau von



Abrechnungskapazitäten in eigener Verwaltung ist keinesfalls nachhaltig oder investiv und könnte politisch Reaktionen hervorrufen.

## 8. Strategische Maßnahmen: Digitalisierung der Abrechnungsprozesse

Die Betrachtung der Risikolage der aktuellen Situation und die Bewertung der Handlungsalternativen im Umfeld aktueller Lösungen mit den vorhandenen Kapazitäten lässt nur eine sinnvolle Option zu: den sofortigen Ausbau digital verfügbarer Prozesse und Lösungen für die Abrechnung sonstiger Leistung in Kombination mit bereits etablierten digitalen Prozessen und Standards. Aktuell sind Krankenkassen, Leistungserbringer und Abrechner unter anderem deshalb so träge bei der Transformation des Abrechnungsprozesses, weil der Gesetzgeber digitale Aktivitäten im Bereich eRezept und ePA entfaltet und Maßnahmen zur Digitalisierung für Heil- und Hilfsmittel voraussichtlich im Jahre 2026 angekündigt hat. Die Branche erwartet dann auch Auswirkungen auf die Abrechnungswege. Aus diesem Grunde fehlt es den Beteiligten schwer, heute schon vorhandene Digitale Potenziale vertieft zu nutzen. In Bezug auf das dargestellte Risiko von massiven Systemausfällen kurzfristig gedacht und nicht nachvollziehbar. Sofortiges Handeln ist angebracht. Alles, was die Branche heute an Tools zur Verfügung hat, sind die aktuellen Regelungen des §302 SGB V und die Vertragslage zwischen Krankenkasse und Leistungserbringern.

Für die Findung und Bewertung von geeigneten Maßnahmen zur ordnungsgemäßen Weiterführung der Versorgung auch im Notfall sind folgende Fakten von großer Relevanz:

- Bereits heute werden für alle Abrechnungen elektronische Daten angeliefert. Ein neues elektronisches Abrechnungsformat ist nicht erforderlich, aus umsetzungstechnischer Sicht sogar (betriebswirtschaftlich) schädlich, weil alle Beteiligten aktuelle Technologie austauschen müssten.
- Die Pflichten für das Mitliefern von Begleitpapieren sind hauptsächlich in Verträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringer. Eine reine Frage des Willens zwischen den Vertragspartnern, die anders zu gestalten.
- Die Aufsicht BASS (vormals BAS) hat klargestellt, dass Krankenkassen Rechnungen, wenn Sie eingereicht werden, prüfen müssen. Dazu können sie sich externer Dienstleister bedienen. Die Begleichung von Rechnungen – auch elektronischer Rechnungen – ohne Prüfung ist nicht zulässig.
- Der Gesetzgeber hat in seinem Gesetzespaket Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG) vom Oktober 2020 den §302 SGB V in einem neuen Absatz 6 dahingehend erweitert, dass nun Abrechnungsverfahren neu zugelassen sind, die erheblich einfacher, schneller und fehlerfreier sind, als die aktuell implementierten Verfahren.

Daraus ergeben sich nachstehende Möglichkeiten für Krankenkassen und Leistungserbringer auf Basis verfügbarer Technologie und Rechts.

## Maßnahmenpaket zur kurzfristigen Risikominderung im Bereich Abrechnung von Sonstigen Versorgungsleistungen

1. Technische Etablierung des im Gesetz §302 SGB V genannten „Gutschriftverfahrens“ als alternatives Standardverfahren im Bereich der Abrechnung sonstiger Leistungen als freiwilliges Angebot für interessierte Leistungserbringer als Eigenentwicklung oder als gekaufte Softwareerweiterung zum etablierten eKV-Verfahren.
2. Schaffung von Einigkeit zwischen den Krankenkassen. Dies wird sofort zu einer positiven Reaktion der Softwarehersteller für Leistungserbringer und eine schnelle Implementierung der Verfahren führen. Idealerweise wird das Verfahren direkt von den Abrechnungszentren der Leistungserbringer umgesetzt, so dass eine Abwicklung zwischen den Krankenkassen und den großen Multiplikatoren auf Leistungserbringerseite möglich sein wird.
3. Formulierung des Angebots des alternativen Abrechnungsverfahrens als „einseitiges“ Angebot der Krankenkassen an den Markt. Die aktuellen Verträge werden nicht geändert. Dieses Angebot richtet sich an Leistungserbringer, deren Software- oder Abrechnungszentren das Gutschriftsverfahren implementiert haben und dem Verfahren deshalb aufgrund seiner Vorteile für den Ablauf gerne zustimmen. Idealerweise schafft man den beitretenden Leistungserbringern einige zusätzliche Anreize, dem Verfahren beizutreten.

Erklärtes Ziel sollte es sein, innerhalb von sechs Monaten nach Start des Verfahrens eine Durchdringung von mindestens 30% aller Abrechnungen zu erreichen. Nach zwölf Monaten soll ein Grad der Durchdringung von 50% erreicht sein.

## 9. Epilog

Es ergeben sich hierbei die nachfolgenden strategischen Handlungsalternative. Neben dem strategischen Ziel der Risikovermeidung und Aufrechterhaltung des Versorgungsbetriebs im Notfall ergeben sich weitere positive Effekte:

- Das neue Verfahren ist ein digitales Verfahren, welches als Nebenprodukt des bereits etablierten digitalen Antrags- und Genehmigungsprozesses stattfindet. Es dürften erheblich weniger Verwaltungskosten zu veranschlagen sein.
- Der Prozess funktioniert in Echtzeit. Damit lassen sich neue Versorgungsmodelle mit Leistungserbringer gestalten.

Ebenfalls gibt es keinen Anlass mehr, die in der papierbasierten Vergangenheit aus der Not geborenen Trennung in genehmigungsfreie und nicht-genehmigungsfreie Versorgungsformen aufrechtzuerhalten - stattdessen die Grundlage für einen einheitlichen zusammenhängenden volldigitalen Prozess zu legen.

- Durch die Informationsverarbeitung in Echtzeit ohne die Trennung in einen Antrags- und einen zeitlich erheblich nachgelagerten Abrechnungsteil und ohne Trennung der Datenbestände werden die Abrechnungen inhärent korrekt. Fehlansätze durch „Absetzungsgewinne“ - und Pseudosteuerungen - gibt es nicht mehr.
- Es folgt ein enormer Abbau bürokratischer Prozesse. Gerade der Abrechnungsprozess bei sonstigen Leistungen ist ein Bürokratiemonster, dessen Abschaffung Kräfte weckt und Lust auf Digitalisierung macht.

© Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt ebenso für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Drucken und vor allem Faxen untersagt.

## Autor



David Matusiewicz ist Professor für Medizinmanagement an der FOM Hochschule – der zweitgrößten Privathochschule in Deutschland. Seit 2015 verantwortet er als Dekan den Hochschulbereich Gesundheit & Soziales und leitet als Direktor das Forschungsinstitut für Gesundheit & Soziales (ifgs). Vor seiner Professur arbeitete er mehrere Jahre als wiss. Mitarbeiter bei Prof. Dr. Jürgen Wasem am Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen. Darüber hinaus unterstützt der Multi-Founder selbst als Business Angel technologiegetriebene Start-ups im Gesundheitswesen. Matusiewicz ist in verschiedenen Beiräten, Aufsichtsräten sowie Investor von Unternehmen, die sich mit der digitalen Transformation des Gesundheitswesens beschäftigen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

DXM Group GmbH c/o  
BRYCK GmbH & Co. KG  
Jakob-Funke-Platz 2  
45127 Essen

Lektorat: DXM Group GmbH  
Bearbeitung: DXM Group GmbH  
Design: DXM Group GmbH

Das ist ein #OpenText der neuen Schriftreihe der DXM GROUP, die unabhängig von anderen Medien, Verlagen, Interessengruppen relevante Themen exklusiv aufgreift, um einen wissenschaftlichen und praktischen Diskurs für die Digitale Gesundheit und Gesellschaft voranzutreiben.

