Zukunft der PKV
Neue Chancen, neue Herausforderungen

Das Geschäftsjahr 2021 ist trotz anhaltender Pandemiebedingungen für die privaten Krankenversicherer weitestgehend zufriedenstellend verlaufen. Überlegungen zur Einführung einer Bürgerversicherung werden von der im Herbst 2021 gewählten Regierung zunächst nicht weiter verfolgt. Doch neue Trends wie Nachhaltigkeit und der steigende Fachkräftemangel erfordern überlegtes Handeln.

Die Hauptaktivitätsfelder der privaten Krankenversicherer sind bzw. bleiben: Positionierung als Gesundheitsdienstleister, Wachstum im betrieblichen Bereich sowie Prozessautomatisierung und Digitalisierung. Diese und weitere Erkenntnisse basieren auf Interviews mit 19 Entscheidungsträgern aus der deutschen privaten Krankenversicherungsbranche.

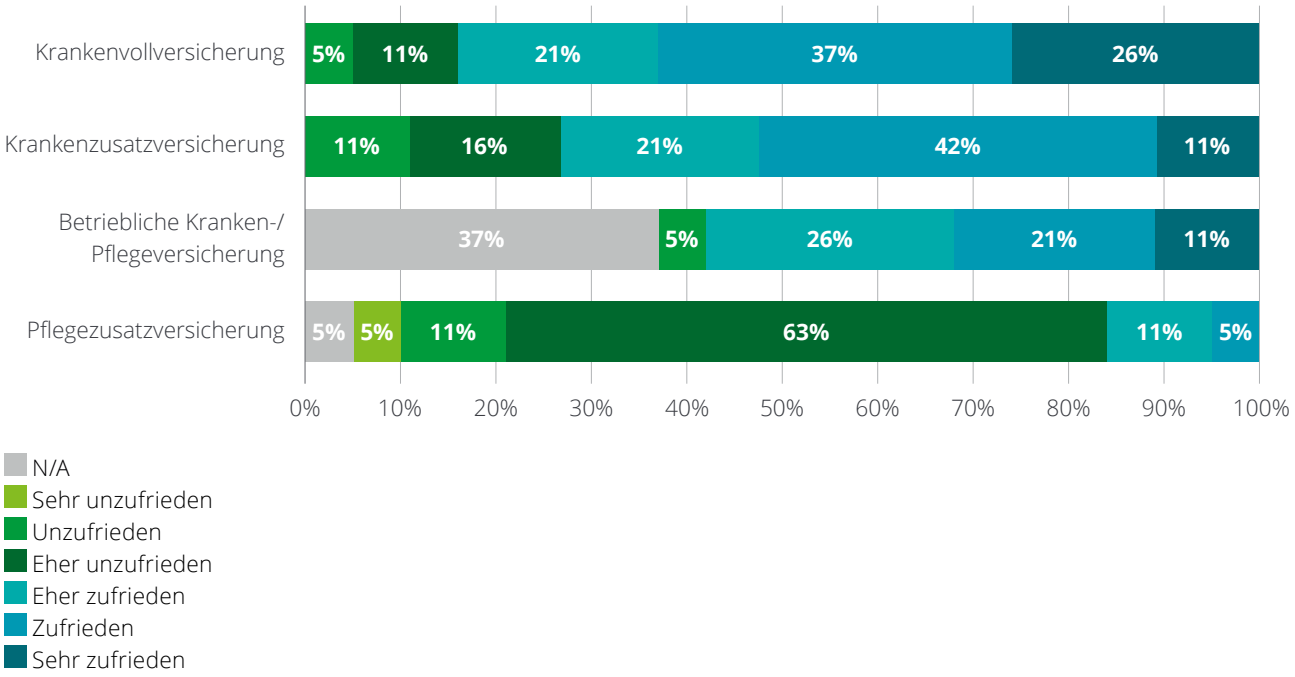
MAKING AN IMPACT THAT MATTERS since 1845

Status quo

Mit der Geschäftsentwicklung im Geschäftsjahr 2021 sind die Krankenversicherer größtenteils zufrieden. Großes Sorgenkind ist die Pflegezusatzversicherung.

Die große Mehrheit (84%) ist mit der Geschäftsentwicklung in der Vollversicherung zufrieden. Das liegt vor allem an guten Neugeschäftsentwicklungen, dem Erfolg neuer Produkte, guten Schadenquoten trotz Pandemie und akzeptablen Gesamtbestandsentwicklungen. Der starke Wettbewerb im Krankenzusatzversicherungsbereich führte bei einigen Krankenversicherern zu Zuwachs, bei anderen zum Verlust von Marktanteilen. Fast alle Krankenversicherer, die im Geschäftsjahr 2021 bereits betriebliche Produkte angeboten haben, sind auch mit deren Entwicklung zufrieden. In diesem Marktsegment wird nach wie vor viel Potenzial gesehen. Mit den Entwicklungen im Bereich Pflegezusatzversicherung ist die Mehrheit (79%) unzufrieden. Gründe hierfür sind schlechte Absatzzahlen, die unsicheren politischen Rahmenbedingungen und Beitragsanpassungen.

Abb. 1 – Zufriedenheit mit der Geschäftsentwicklung im Geschäftsjahr 2021



Anmerkung: Aufgrund der Rundung der Ergebnisse kann die Gesamtsumme von 100 Prozent abweichen

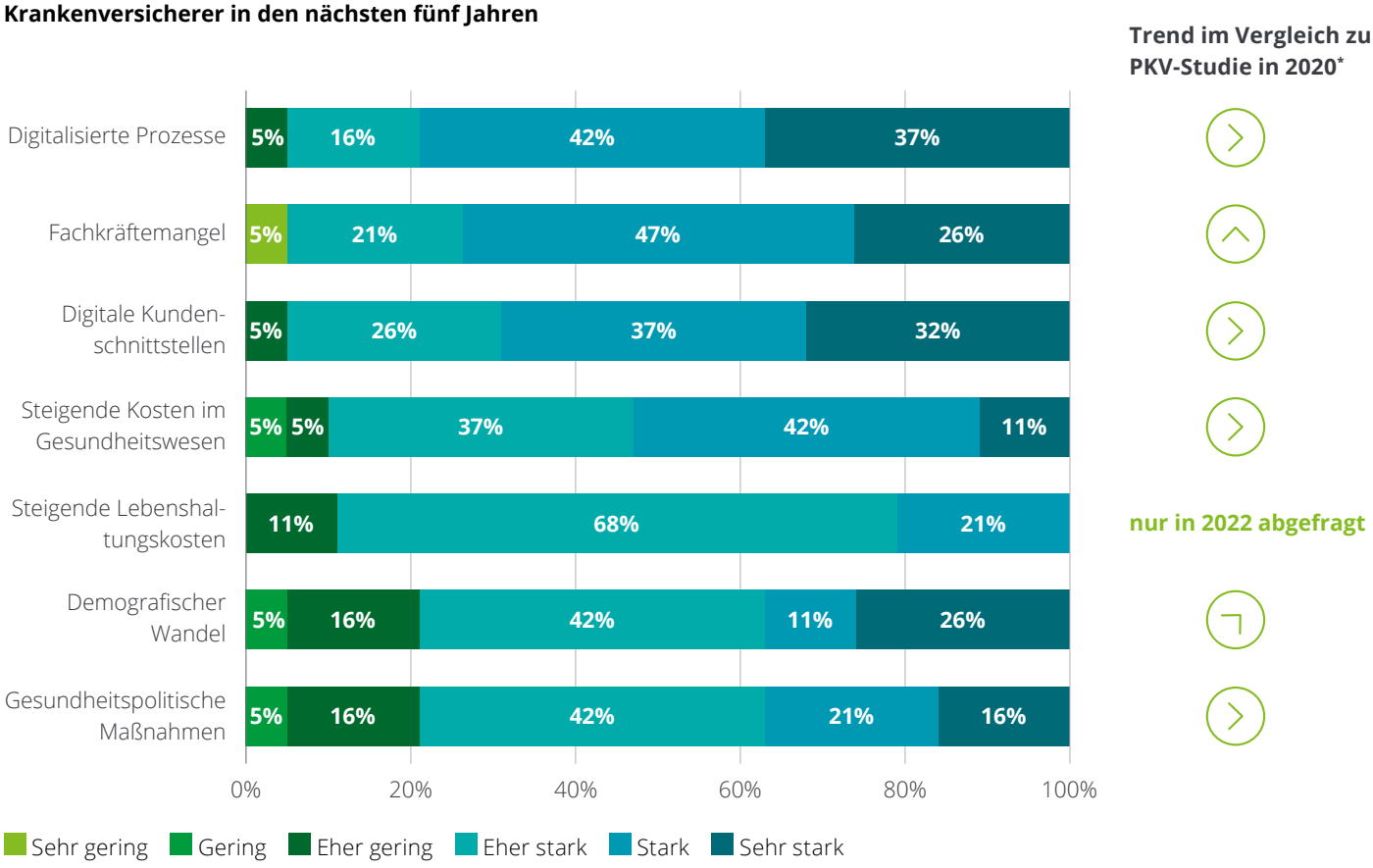
Die COVID-19-Pandemie hat Digitalisierungsprojekte beschleunigt. Die Unsicherheit hinsichtlich der Leistungsausgabenentwicklung bleibt bestehen. COVID-19 wirkte als Katalysator für die Digitalisierung und Modernisierung der Betriebsorganisation und Prozesse. Die geringere persönliche Interaktion durch Kontaktbeschränkungen erforderte beim Großteil der Krankenversicherer eine Anpassung der Kundenansprache in Service und Vertrieb. Bei den Leistungsausgaben gab es divergierende Effekte: höhere Ausgaben für Hygienepauschalen, Krankentagegeld und pandemiebedingte Erkrankungen einerseits, aber auch Entlastungen durch ausgefallene Untersuchungen oder verschobene Operationen andererseits. Große Unsicherheit herrscht weiterhin hinsichtlich der zukünftigen Leistungsausgabenentwicklung durch Long COVID, psychische Spätfolgen oder Nachholeffekte. Digitale Gesundheitsservices wurden von einigen Krankenversicherern priorisiert eingeführt. Auf Prämieneinnahmen, Prämienstundungen und Stornoquoten hatte COVID-19 bisher keine bzw. geringe Auswirkungen.

Markt- und Wettbewerbsumfeld

Der Fachkräftemangel ist zu einer großen Herausforderung für die Krankenversicherer geworden und wird weiter an Bedeutung gewinnen.

Der Großteil der Veränderungstreiber wird von den Krankenversicherern ähnlich eingeschätzt wie in der Vorgängerstudie aus dem Jahr 2020[1]. Bei der Digitalisierung von Prozessen und Kundenschnittstellen ist weiterhin konsequentes Handeln gefragt, um die Zukunftsfähigkeit sicherzustellen. Der Fachkräftemangel ist auch bei den Krankenversicherern angekommen und der Großteil befürchtet, dass die Suche nach qualifizierten Arbeitskräften in den kommenden Jahren noch schwerer wird. Steigende Lebenshaltungskosten könnten sich vor allem negativ auf das Neugeschäft in der Zusatzversicherung auswirken.

Abb. 2 – Erwarteter Einfluss verschiedener Veränderungstreiber auf die Krankenversicherer in den nächsten fünf Jahren

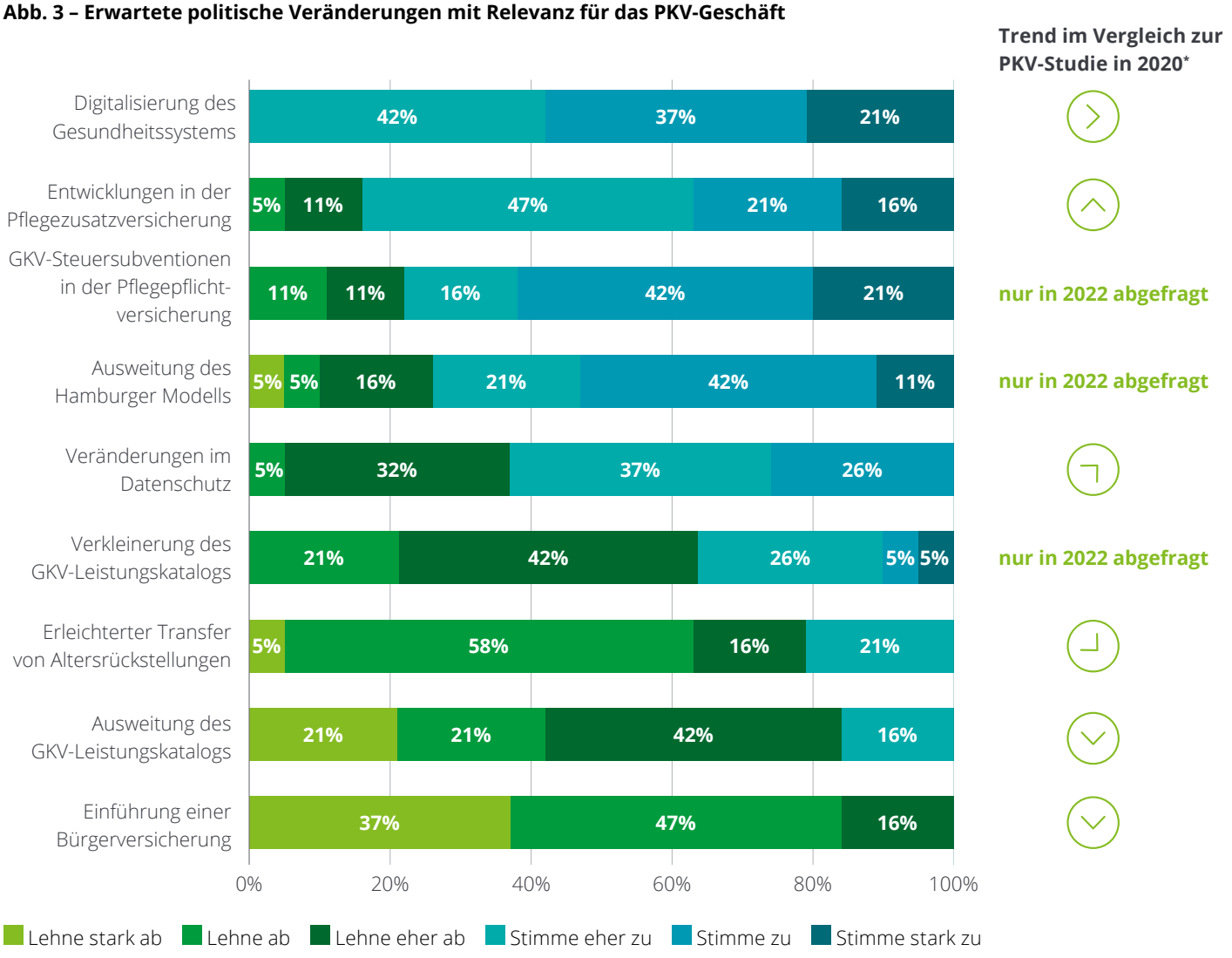


* PKV Studie (2020)
Anmerkung: Aufgrund der Rundung der Ergebnisse kann die Gesamtsumme von 100 Prozent abweichen

Im Bereich Nachhaltigkeit liegt der Fokus vor allem auf dem Aspekt „Umwelt" bei Kapitalanlagen und Prozessen sowie dem Aspekt „Sozial" bei den Produkten.
Viele Krankenversicherer prüfen ihre Nachhaltigkeitsorientierung bzw. richten ihre Strategien verstärkt entsprechend aus. Auf der Prozessseite liegt der Fokus vor allem auf „Umwelt". Genannte Maßnahmen sind: Einführung von eDienstwagen, Digitalisierung und Papiervermeidung sowie die Verbesserung des CO_2-Fußabdrucks. Auf der Produktseite liegt der Fokus auf „sozialer Nachhaltigkeit". Einige Krankenversicherer argumentieren, dass die PKV per se nachhaltig sei, da die Finanzierung unabhängig von der demografischen Entwicklung ist. Auch der verstärkte Fokus auf Prävention sei ein Beitrag zu bezahlbarer Gesundheitsversorgung. Ein Teil der teilnehmenden Unternehmen denkt darüber nach, Kapitalanlagen und Präventionsangebote stärker als nachhaltig zu vermarkten.

Die Krankenversicherer sind sich einig: In der aktuellen Legislaturperiode wird keine Bürgerversicherung eingeführt werden. Von der aktuellen Regierung werden vor allem Veränderungen in der Pflegeversicherung erwartet.
Hing der Ausgang der Bundestagswahl 2021 laut einigen Krankenversicherern wie ein „Damoklesschwert" über ihnen, erwarten sie von der aktuellen Regierung keine weitreichenden Eingriffe in das PKV-Geschäftsmodell wie eine Einführung der Bürgerversicherung. Eine Ausweitung des Hamburger Modells, das den Beamten die Versicherung in der GKV finanziell erleichtert, auf andere Bundesländer ist weiterhin denkbar und teilweise schon auf dem Weg. Im Vergleich zu der Studie vor zwei Jahren erwarten die Krankenversicherer weniger Veränderungen im GKV-Leistungskatalog. Auch eine Erleichterung der regulatorischen Vorgaben zur Übertragung bzw. Mitnahme von Altersrückstellungen wird als weniger wahrscheinlich eingeschätzt.

Abb. 3 – Erwartete politische Veränderungen mit Relevanz für das PKV-Geschäft



*PKV Studie (2020)
Anmerkung: Aufgrund der Rundung der Ergebnisse kann die Gesamtsumme von 100 Prozent abweichen

Regulatorische Vorgaben und das „Kostenerstatter"-Image stellen Herausforderungen bei der Positionierung als Gesundheitsdienstleister dar.
Regulatorische Vorgaben wie Datenschutzbestimmungen, BaFin-Auflagen und andere rechtliche Beschränkungen z.B. im Hinblick auf Kooperationen verhindern, dass (Gesundheits-)Services vollumfänglich angeboten werden können und über Datenanalysen das Serviceangebot kontinuierlich verbessert werden kann. Die Krankenversicherer fühlen sich von ihren Kunden nach wie vor als „Kostenerstatter" wahrgenommen. Diese vertrauen in Gesundheitsfragen eher ihren Ärzten als ihrem Krankenversicherer und binden Letzteren erst spät in den Prozess ein. Viele angebotene Gesundheitsservices werden von den Kunden zwar als „wichtig" erachtet, aber dennoch derzeit wenig genutzt. Ein Lösungsansatz könnte sein, nicht erst im Moment des Leistungsfalls in Erscheinung zu treten, sondern das Vertrauen der Kunden bereits im Vorfeld einer Erkrankung zu gewinnen und ihnen entsprechende präventive Services an die Hand zu geben.

Die Annahme von Gesundheitsangeboten durch die Kunden variiert je nach Krankenversicherer. Die Erfolgsmessung von Gesundheitsmanagementaktivitäten ist nicht einfach und beschränkt sich meist auf Nutzerzahlen und Befragungen.
Die Rechnungsapps der Krankenversicherer sind die am häufigsten genutzten Anwendungen. Ärztenetzwerke (Zugang zu und zeitnahe Termine bei Fachärzten/Zweitmeinung) sowie Gesundheitsprogramme zur Behandlung von vor allem chronischen Krankheiten kommen ebenfalls bei den Kunden gut an. Weitere genannte, häufig genutzte Gesundheitsservices sind Gesundheitsportale und Informationsseiten, Telemedizin und Gesundheitstelefone. Dass einige (Gesundheits-)Services hinter den Erwartungen zurückbleiben, liegt weniger an deren Qualität, sondern an den bisher nur geringen Nutzungsquoten. Während einige Services bei einigen Krankenversicherern gut angenommen werden, werden die gleichen Services bei anderen Krankenversicherern weniger gut genutzt. Vor allem von den Telemedizin-Angeboten haben sich einige eine höhere Nutzung versprochen.

Kundenzufriedenheitsbefragungen qualitativ, z.B. zur Erfassung des „Gesundheitsnutzens", der Zufriedenheit und von Verbesserungspotenzialen, sowie quantitativ, z.B. zur Ermittlung der Net Promoter Scores (NPS), sind gefolgt von der Auswertung von Nutzerzahlen die Hauptindikatoren zur Erfolgsbewertung von Gesundheitsmanagementaktivitäten.

Viele Krankenversicherer evaluieren ihre Programme regelmäßig, einige stellen dabei Leistungsausgaben und die Kosten der Gesundheitsangebote gegenüber, andere führen eher qualitative Evaluationen durch. Aussagekräftige Auswertungen sind häufig aufgrund der geringen Nutzerzahlen und der relativ kurzen Zeiträume seit der Einführung nicht möglich. Auch Assekurata-Ratings werden vereinzelt hinzugezogen. Tiefergehende Analysen auf Basis von Datenvergleichen, auch durch Einsatz von Algorithmen, scheinen noch nicht etabliert zu sein. Eine genauere Messung anhand von Kennzahlen sollte zukünftig vermehrt etabliert werden.

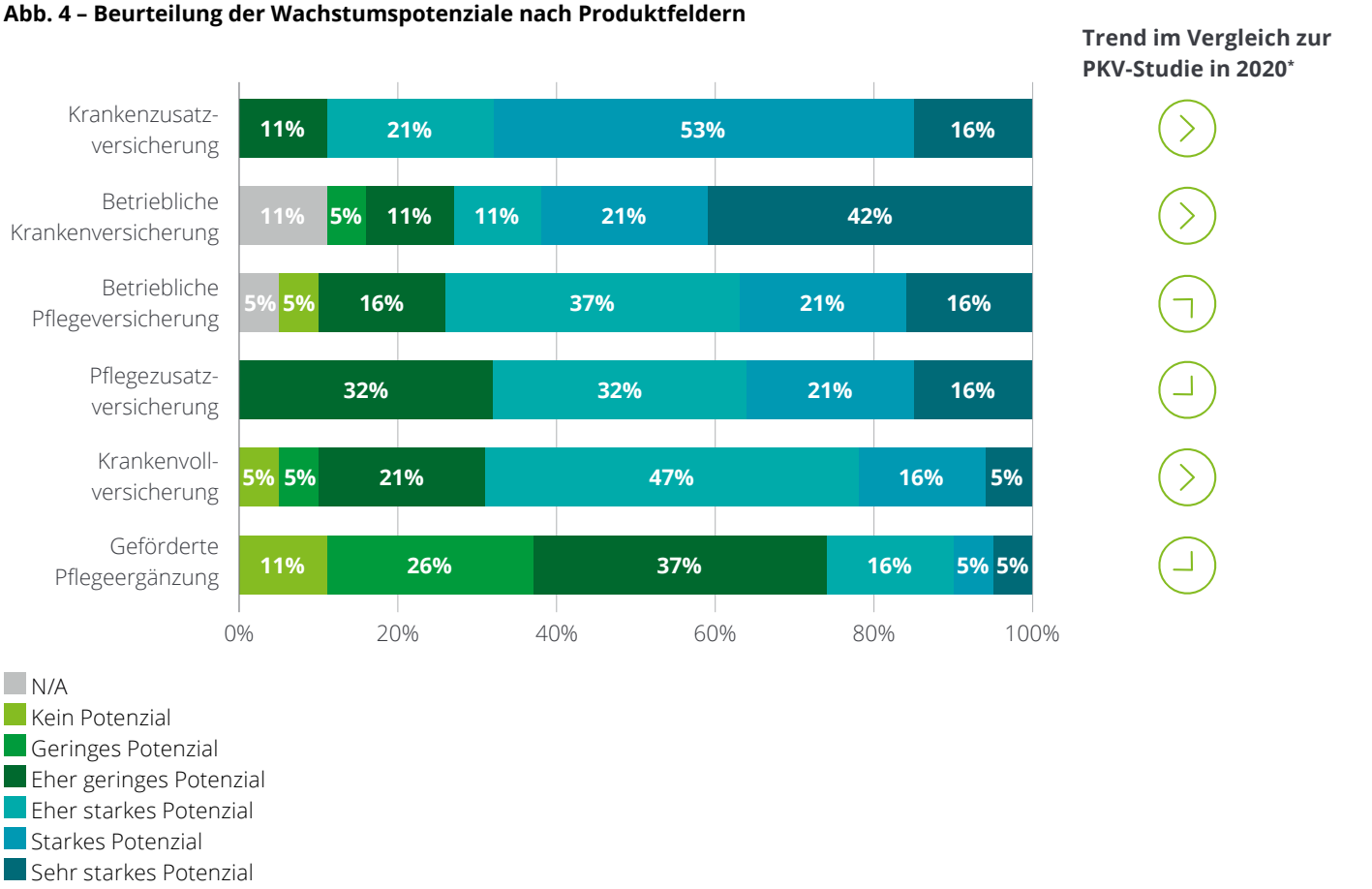
„Um sich erfolgreich als Gesundheitspartner zu positionieren, müssen Krankenversicherer frühzeitig das Vertrauen ihrer Kundinnen und Kunden gewinnen. Präventive Serviceangebote können ein Weg sein, langfristige Bindungen aufzubauen und nicht erst im Moment des Leistungsfalls in Erscheinung zu treten."

Stefanie Kampmann | Partner Deloitte

Ein Hauptaktivitätsfeld bleibt die Einführung von neuen Produkten, vor allem im betrieblichen Bereich. Im Pflegebereich sind die Krankenversicherer zurückhaltender.
Die Mehrheit sieht in den Krankenzusatzprodukten nach wie vor ein Wachstumsfeld. Der Markt ist jedoch so umkämpft, dass viele mehr Potenzial in den betrieblichen Produkten sehen. Die betriebliche Krankenversicherung (bKV) wird vom Großteil als Potenzialfeld eingestuft und der Wettbewerb in diesem Marktsegment steigt. 47 Prozent der befragten Krankenversicherer haben in den letzten zwei Jahren neue bKV-Produkte herausgebracht. Diese sollen vor allem durch ein attraktives Preis-Leistungs-Verhältnis, einen hohen Leistungsumfang, Transparenz und Flexibilität bei den Kunden punkten. Weitere Krankenversicherer, die bisher noch keine derartigen Produkte anbieten, planen deren Einführung.

Waren die Krankenversicherer im Jahr 2020[2] gegenüber betrieblichen Pflegeprodukten noch zögerlich, werden hier nach der Einführung der Branchenlösung „CareFlex" mehr Möglichkeiten gesehen. Das weitere Potenzial der Vollversicherung ist durch den Markt begrenzt. In diesem Bereich gibt es im Vergleich zu den Zusatzprodukten eine limitierte Zahl an potenziellen Neukunden und bereits eine hohe Marktdurchdringung. Individuelle und geförderte Pflege werden aufgrund der politischen Unsicherheit verhaltener eingeschätzt im Vergleich zu der Studie 2020[3].

Abb. 4 – Beurteilung der Wachstumspotenziale nach Produktfeldern



* PKV Studie (2020)
Anmerkung: Aufgrund der Rundung der Ergebnisse kann die Gesamtsumme von 100 Prozent abweichen

Digitalisierung von Prozessen, IT und Kundenschnittstellen bleiben weiterhin wichtige Maßnahmen, um sich im Markt- und Wettbewerbsumfeld zu positionieren und v.a. dem zunehmenden Fachkräftemangel entgegenzuwirken.
Um sich in einem Umfeld von vermehrt digitalen Schnittstellen und Prozessen, anspruchsvolleren Kundenerwartungen und stärker werdendem Fachkräftemangel zu behaupten, setzt der Großteil der Krankenversicherer auf den Ausbau von Kundenschnittstellen und Optimierungsinitiativen in der Leistungsbearbeitung.

In allen Bereichen des Leistungsmanagements sieht der Großteil der Krankenversicherer noch Optimierungspotenzial. Das größte Handlungsfeld ist die Dunkelverarbeitung (90%) gefolgt von Bearbeitungszeiten (84%) und Inputmanagement (79%). Die Krankenversicherer planen ihre Dunkelverarbeitungsquoten in den nächsten fünf Jahren stark zu erhöhen. Etwas weniger als die Hälfte (47%) gibt eine aktuelle Quote von weniger als 40 Prozent an, bei 26 Prozent liegt sie heute sogar unter 20 Prozent. In den nächsten fünf Jahren planen alle Krankenversicherer ihre aktuellen Quoten weiter zu erhöhen. Die angestrebten Zielquoten liegen bei der Mehrheit bei 61–80 Prozent.

Predictive Analytics, Künstliche Intelligenz und andere Datenanalysemethoden werden in den nächsten Jahren vermehrt bei der Optimierung von Serviceangeboten, im Leistungsmanagement und im Antragsprozess eingesetzt werden.
Die meisten Krankenversicherer (79%) planen aktuell Predictive Analytics einzusetzen, um auf Basis von Leistungsdaten ihre Services zu verbessern. Erst 21 Prozent haben bereits erste Maßnahmen umgesetzt. Datenverfügbarkeit und -qualität sind die größten Herausforderungen: Bestandsgrößen und Datenmengen einzelner Krankenversicherer sind häufig zu klein, um valide Vorhersagen zu treffen. In diesen Fällen werden Kooperationen benötigt. Häufig existiert keine strukturierte Erfassung der notwendigen Daten. Auch regulatorische Anforderungen, vor allem Datenschutzbestimmungen und fehlende Fachkräfte, stellen Hürden dar. Fragt ein Krankenversicherer immer wieder nach der Datenfreigabe, mischt er sich zu sehr bei Behandlungen ein oder werden sogar falsche Prognosen gemacht, kann das zu einer geringen Akzeptanz durch die Kunden führen.

Die Mehrheit der Krankenversicherer verwendet bereits moderne Methoden der Datenanalyse wie Methoden des maschinellen Lernens im Bereich Underwriting/Risikomanagement und Leistungsmanagement.

Abb. 5 – Genannte Anwendungsbereiche

Allgemein
- Prozessautomatisierung
- Vertrieb, Lead Bewertung
- Analyse von Kundenfeedback
- Vorschläge zur Gesundheitsverbesserung
- Data Analytics
- Einsatz von Künstlicher Intelligenz

Underwriting/Risikomanagement
- Betrugserkennung
- Stornovorhersage, -vermeidung
- Underwriting-Analysen
- Analyse von Risikogruppen
- Prüfung von vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzungen
- Aktuarielles Controlling

Leistungsmanagement
- Leistungsanalyse
- Prüfung von Leistungsansprüchen
- Dunkelverarbeitung
- Stochastische Verfahren

Über die Studie

Die Studie „PKV der Zukunft – Neue Chancen, neue Herausforderungen" verfolgt das Ziel, einen breiten Überblick über die Herausforderungen und Chancen im privaten Krankenversicherungsmarkt zu verschaffen sowie Zukunftspotenziale für das Geschäftsmodell der privaten Krankenversicherung durch Interviews mit Entscheidungsträgern zu identifizieren. Die Studie wurde in ähnlicher Form bereits im Jahr 2020 durchgeführt[4]. Ihr Schwerpunkt liegt auf dem Kerngeschäft der privaten Krankenversicherer.

Die Interviews wurden mit Entscheidungsträgern von 19 deutschen privaten Krankenversicherungsunternehmen durchgeführt, die einen Marktanteil von circa 66 Prozent des PKV-Marktes, gemessen an den Bruttoprämien, repräsentieren[5].

Um die Forschungsfragen zu beantworten, wurden fragebogengestützte Interviews per Videokonferenz oder als Präsenztermin mit den verantwortlichen Entscheidungsträgern der privaten Krankenversicherer im Zeitraum von Mai bis August 2022 geführt. Die in den Interviews gestellten Fragen adressieren die Wettbewerbstreiber und Umwelteinflüsse nach den Methoden und Modellen von Porter[6] und PESTLE[7].

Die Studie ist ein Kooperationsprojekt zwischen der Hochschule RheinMain, Wiesbaden Business School, dem Institut für Versicherungswissenschaft an der Universität zu Köln (IVK) und Deloitte.

Tab. 1 – Teilnehmende Unternehmen

Liste der Unternehmen, die an der Studie teilgenommen und einer Namensnennung zugestimmt haben:
ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, Provinzial Krankenversicherung Hannover AG (ALTE OLDENBURGER Krankenversicherungsgruppe)
ARAG Krankenversicherungs-AG (ARAG Konzern)
AXA Krankenversicherung AG (AXA Konzern AG)
Bayerische Beamtenkrankenkassen AG, UKV Union Krankenversicherung AG (Versicherungskammer Bayern)
Concordia Krankenversicherungs-AG (Concordia Versicherungen)
Debeka Krankenversicherungsverein a. G. (Debeka-Gruppe)
DKV Deutsche Krankenversicherung AG (ERGO Group)
HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit (ALTE LEIPZIGER – HALLESCHE Konzern)
HUK-COBURG-Krankenversicherung AG (HUK-COBURG Versicherungsgruppe)
Landeskrankenhilfe V.V.a.G.
LVM Krankenversicherungs-AG (LVM Versicherung)
Mecklenburgische Krankenversicherungs-Aktiengesellschaft (Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, VVaG)
Münchener Verein Krankenversicherung a. G. (Münchener Verein Versicherungsgruppe)
NÜRNBERGER Krankenversicherung AG (NÜRNBERGER Konzern)
ottonova Krankenversicherung AG
SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (SIGNAL IDUNA)
Süddeutsche Krankenversicherung a. G. (SDK Versicherungsgruppe)
Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung AG (Versicherer im Raum der Kirchen)
Württembergische Krankenversicherung AG (Wüstenrot & Württembergische-Konzern)

Quellen

01. Deloitte (2020): PKV der Zukunft – wo geht die Reise hin?
02. Deloitte (2020): PKV der Zukunft – wo geht die Reise hin?
03. Deloitte (2020): PKV der Zukunft – wo geht die Reise hin?
04. Deloitte (2020): PKV der Zukunft – wo geht die Reise hin?
05. KIVI – Kölner Institut für Versicherungsinformation (2020): Zahlenband Kranken, Marktanteile nach gebuchten Bruttobeiträgen direkt, Köln; Surminski, Dr. Marc (2022): Die PKV im Jahr 2021, Zeitschrift für Versicherungswesen (19|22), S. 539–557.
06. Grundy, T. (2006): Rethinking and reinventing Michael Porter's five forces model, StrategicChange, 15(5), S. 213–229, Chichester: Wiley.
07. Rastogi, N.; Trivedi, M. K. (2016): PESTLE technique – a tool to identify external risks in construction projects, International Research Journal of Engineering and Technology (IRJET), 3(1), S. 384–388.

Autoren

Prof. Dr. Thomas Neusius
Hochschule RheinMain
Wiesbaden Business School

Tobias Teegelbekkers-Schmitz
Institut für Versicherungswissenschaft an der Universität zu Köln

Nils Dennstedt
B&W Deloitte GmbH

Stefanie Kampmann
Deloitte Consulting GmbH

Matthias Rosebrock
Deloitte Consulting GmbH

Dr. Zoran Nikolić
B&W Deloitte GmbH

Kerstin Block
B&W Deloitte GmbH

Andrea Karaman
Deloitte Consulting GmbH

Christoph Bertels
B&W Deloitte GmbH

Sophie Aigner
Deloitte Consulting GmbH

Paulina Jacobs
Deloitte Consulting GmbH

Kevin Gursimern Grewal
Deloitte Consulting GmbH

Raphael Schilling
Deloitte Consulting GmbH

In Zusammenarbeit mit
Hochschule RheinMain, Wiesbaden Business School

wifin Wiesbaden Institute of Finance and Insurance
RheinMain University of Applied Sciences

Institut für Versicherungswissenschaft an der Universität zu Köln (IVK)

Ansprechpartner

Nils Dennstedt
Partner | Insurance Sector Lead
Tel: +49 40 32080 4463
ndennstedt@deloitte.de

Stefanie Kampmann
Partner | Offering Portfolio Leader Core Business Operations
Tel: +49 151 58004943
stkampmann@deloitte.de

Matthias Rosebrock
Partner | Offering Leader Insurance Operations & Market Offering Leader
Tel: +49 151 58073700
mrosebrock@deloitte.de

Andrea Karaman
Senior Manager | Insurance Operations
Tel: +49 151 58075473
ankaraman@deloitte.de

Deloitte.

Deloitte bezieht sich auf Deloitte Touche Tohmatsu Limited („DTTL"), ihr weltweites Netzwerk von Mitgliedsunternehmen und ihre verbundenen Unternehmen (zusammen die „Deloitte-Organisation"). DTTL (auch „Deloitte Global" genannt) und jedes ihrer Mitgliedsunternehmen sowie ihre verbundenen Unternehmen sind rechtlich selbstständige und unabhängige Unternehmen, die sich gegenüber Dritten nicht gegenseitig verpflichten oder binden können. DTTL, jedes DTTL-Mitgliedsunternehmen und verbundene Unternehmen haften nur für ihre eigenen Handlungen und Unterlassungen und nicht für die der anderen. DTTL erbringt selbst keine Leistungen gegenüber Kunden. Weitere Informationen finden Sie unter www.deloitte.com/de/UeberUns.

Deloitte bietet branchenführende Leistungen in den Bereichen Audit und Assurance, Steuerberatung, Consulting, Financial Advisory und Risk Advisory für nahezu 90% der Fortune Global 500®-Unternehmen und Tausende von privaten Unternehmen an. Rechtsberatung wird in Deutschland von Deloitte Legal erbracht. Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter liefern messbare und langfristig wirkende Ergebnisse, die dazu beitragen, das öffentliche Vertrauen in die Kapitalmärkte zu stärken, die unsere Kunden bei Wandel und Wachstum unterstützen und den Weg zu einer stärkeren Wirtschaft, einer gerechteren Gesellschaft und einer nachhaltigen Welt weisen. Deloitte baut auf eine über 175-jährige Geschichte auf und ist in mehr als 150 Ländern tätig. Erfahren Sie mehr darüber, wie die rund 415.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Deloitte das Leitbild „making an impact that matters" täglich leben: www.deloitte.com/de.

Diese Veröffentlichung enthält ausschließlich allgemeine Informationen und weder die Deloitte Consulting GmbH noch Deloitte Touche Tohmatsu Limited („DTTL"), ihr weltweites Netzwerk von Mitgliedsunternehmen noch deren verbundene Unternehmen (zusammen die „Deloitte Organisation") erbringen mit dieser Veröffentlichung eine professionelle Dienstleistung. Diese Veröffentlichung ist nicht geeignet, um geschäftliche oder finanzielle Entscheidungen zu treffen oder Handlungen vorzunehmen. Hierzu sollten Sie sich von einem qualifizierten Berater in Bezug auf den Einzelfall beraten lassen.

Es werden keine (ausdrücklichen oder stillschweigenden) Aussagen, Garantien oder Zusicherungen hinsichtlich der Richtigkeit oder Vollständigkeit der Informationen in dieser Veröffentlichung gemacht, und weder DTTL noch ihre Mitgliedsunternehmen, verbundene Unternehmen, Mitarbeiter oder Bevollmächtigten haften oder sind verantwortlich für Verluste oder Schäden jeglicher Art, die direkt oder indirekt im Zusammenhang mit Personen entstehen, die sich auf diese Veröffentlichung verlassen. DTTL und jede ihrer Mitgliedsunternehmen sowie ihre verbundenen Unternehmen sind rechtlich selbstständige und unabhängige Unternehmen.

Stand 11/2022