



ERSTAUNLICH GUT

Service-Check, Teil 5: Krankenkassen auf dem Prüfstand: Für den aktuellen Servicecheck nahmen die Tester von d+s 360 in Kooperation mit TeleTalk die Kommunikation von 44 Anbietern unter die Lupe.

Die Gesundheitsindustrie in Deutschland boomt, das statistische Bundesamt sagt der Branche eine Verdoppelung der Umsätze (49,8 Milliarden Euro in 2009, 89,4 Milliarden Euro in 2020, siehe Grafik) innerhalb von elf Jahren voraus. Der Altersdurchschnitt steigt, die moderne Medizin ermöglicht die sehr differenzierte Diagnose von ganz neuartigen und bisher unbekanntem Krankheitsbildern und gleichzeitig kümmern sich die Menschen bewusster um ihre Gesundheit. Egal ob Krankenhäuser, Pharmaunternehmen oder Krankenkasse, fast alle Akteure im Gesundheitswesen profitieren von den veränderten Rahmenbedingungen. Soweit, so gut.

Doch steigende Umsätze im Gesundheitswesen bedeutet auch, dass die gesetzlichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungen mit höheren Ausgaben rechnen müssen. Die Anzahl der Beitragszahler wird in den kommenden Jahren weiter abnehmen, die Anzahl der Erwerbstätigen nimmt weiter ab, die Anzahl der Rentner nimmt stetig zu. Profitieren also wirklich alle Beteiligten von den veränderten Rahmenbedingungen?

Privat oder „Kasse“?

Besonders die Mitglieder gesetzlicher Krankenversicherungen beklagen eingeschränkten Service, lange Wartezeiten bei der Vereinbarung von Arztterminen oder begrenzte

Leistungen Ihrer Krankenkasse. Privatpatienten haben meistens weniger Probleme einen kurzfristigen Arzttermin, ein Medikament ihrer Wahl oder eine entsprechende vollumfängliche Behandlung bei ihrem Zahnarzt zu erhalten.

Ein kurzer Exkurs: Hamburg im August 2016, Urlaubszeit im schönsten Bundesland der Republik. Unsere Tester versuchen im Selbstversuch mit Rückenschmerzen bei zwei Orthopäden Termine zu bekommen. Im ersten Durchlauf kontaktiert ein Patient mit einer gesetzlichen Versicherung die Praxis A. Ein Termin ist frühestens in 15 Tagen möglich. Zwei Stunden später, das gleiche Szenario, dieses Mal verfügt unser fiktiver Patient über eine private Krankenversicherung. Ein Termin ist Anfang kommender Woche, also in 4-6 Tagen möglich.

Das gleiche Szenario bei einer zweiten orthopädischen Praxis. Der Privatpatient kann direkt am Folgetag um 17.00 Uhr vorbeischauen, für den Privatpatienten gibt es mögliche Termine Anfang September, etwa 26-28 Tage später.

Bedarf bei den „gesetzlichen“

Somit bestätigt sich die allgemein bekannte These, Privatpatienten genießen bei Ärzten,

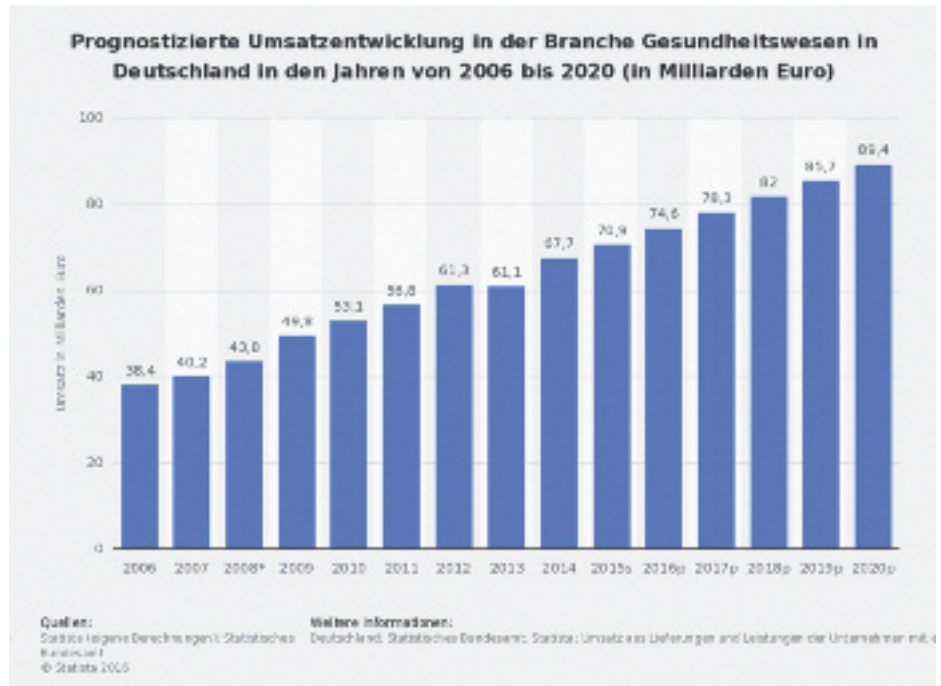
Kliniken und medizinischen Einrichtungen grundsätzlich einen besseren Service. Doch wie sieht es im direkten Kontakt mit der Krankenversicherung aus? Laut einer in 2015 durchgeführten Umfrage der Continental gaben 43 Prozent der Befragten an, dass eine gesetzliche Krankenversicherung zukünftig keine ausreichende medizinische Versorgung bieten wird. Für 19 Prozent der Studienteilnehmer ist eine entsprechende medizinische Versorgung durch eine GKV schon heute nicht mehr gegeben. Etwa 38 Prozent der Befragten gaben an, dass die medizinische Versorgung ihrer GKV heute und auch zukünftig ausreichend sein wird.

Für für die gesetzlichen Krankenversicherungen wird die Gewinnung von Neukunden und das Halten ihrer Bestandskunden also enorm an Bedeutung gewinnen. Grund genug für die Experten der D+S hier einmal genauer hinzuschauen, im Fokus steht die Qualität der Kundenkommunikation bei 44 Krankenversicherungen. Getestet wurden Qualität der Kommunikation und Reaktionsgeschwindigkeit am Telefon, per E-Mail, per Brief und in der digitalen Welt.

Kontaktkanal Telefon

Alle Krankenversicherungen wurden insgesamt zwei Mal kontaktiert, die Anrufe wurden Montag bis Freitag zwischen 9.00 – 18.00 Uhr durchgeführt. Bei 88 Anwahlversuchen (44 Unternehmen im Test) wurde in 73,33 Prozent der Testdurchläufe ein persönlicher Ansprechpartner erreicht. Verwendet wurde ein Neukundenszenario, zu einem Wechsel in die jeweils angerufene Krankenversicherung. Bei der BKK ZF & Partner und der Vaillant BKK wurde beispielsweise kein Ansprechpartner erreicht.

Am häufigsten lag die durchschnittliche Wartezeit bei 10-20 Sekunden (25,93 Prozent), bei 7,41 Prozent aller getätigten Anrufe wurde sogar in unter 10 Sekunden ein persönlicher Ansprechpartner erreicht. Bei nur 3,70 Prozent lag die Wartezeit bei über 120 Sekunden. Beispielsweise bei der Bahn BKK lag die Wartezeit bei 10-20 Sekunden, bei der BKK Verkehrsbau Union bei 20-30 Sekunden und bei der Audi BKK bei etwa 80-90 Sekunden.



Die Gesundheitsindustrie in Deutschland boomt, das statistische Bundesamt sagt der Branche eine Verdoppelung der Umsätze (49,8 Milliarden Euro in 2009, 89,4 Milliarden Euro in 2020) innerhalb von elf Jahren voraus.

Im Vergleich zu anderen Branchen erstaunlich: Bei 70 Prozent der angerufenen Unternehmen wurde kein Sprachportal eingesetzt, nur 30 Prozent der Krankenversicherungen setzen auf IVR-Systeme um die Gespräche in die richtige Abteilung zu leiten.

Auszug aus dem Testprotokoll:

R+V Betriebskrankenkasse – Hier wurde innerhalb von wenigen Sekunden eine Ansprechpartnerin erreicht. Im Gespräch wurden zwar die Fragen des potentiellen Kunden beantwortet, nützliche Zusatzinformationen (über die Fragen hinaus) wurden leider keine gegeben. Im Gespräch wurde lediglich der Hinweis gegeben, dass auf der Webseite weitere Informationen zu finden sind. Es wurde wenig Interesse für das Anliegen des Anrufers signalisiert, auch die namentliche Ansprache haben unsere Tester im Gespräch vermisst.

Mhplus Betriebskrankenkasse – Bei der Mhplus Betriebskrankenkasse lag die Wartezeit bei 110-120 Sekunden, dafür wurde auf ein Sprachportal verzichtet. Der Gesprächspartner stellte die Vorteile einer Versicherung sehr ausführlich da, auch nützliche

Zusatzinformationen (die Unterstützung von Naturheilverfahren) wurden im Gespräch sinnvoll und kundenorientiert platziert. Einziges Manko – es erfolgte keine namentliche Ansprache im Gespräch.

IKK gesund plus – Bei der IKK gesund plus mussten unsere fiktiven Kunden im Schnitt zwar 70-80 Sekunden warten, dafür hat das Unternehmen aber in Punkto Gesprächsqualität die volle Punktzahl erreicht. Am anderen Ende trafen die Tester der D+S auf eine sehr freundliche und kompetente Ansprechpartnerin. Es wurden alle Fragen kundenorientiert beantwortet, zudem wurden sinnvolle Informationen (wie Bonusprogramme, Naturheilmittelzuschuss, Kündigungshilfe) proaktiv und sehr positiv vermittelt. Der Testkunde wurde namentlich angesprochen, gleichzeitig zeigte die Gesprächspartnerin echtes Interesse an den Anliegen des potentiellen Neukunden.

Kontaktkanal E-Mail

Alle 44 Unternehmen haben eine Neukundenanfrage auch per E-Mail erhalten. Von den 32 Unternehmen haben 12 Unternehmen

innerhalb von 24 Stunden geantwortet, beispielsweise die Audi BKK oder die AOK Plus. Weitere acht Unternehmen benötigten 24-72 Stunden für die Beantwortung der Anfrage, zehn Unternehmen haben innerhalb von einer Woche geantwortet.

Bei der KKH und der AOK Bayern warten unsere Tester noch heute auf eine Rückmeldung. Im Rahmen der 32 Testanfragen haben unsere Tester bei 26 Unternehmen eine automatische Eingangsbestätigung erhalten.

Auszug aus dem Testprotokoll

Securita BKK – Eine Rückmeldung per E-Mail erfolgte innerhalb von etwa 36 Stunden. In dem E-Mailanschreiben sind Textbausteine zwar deutlich zu erkennen, jedoch werden alle für den Kunden wichtigen Informationen ausführlich dargestellt. Zudem liefert die E-Mail-Rückmeldung nützliche Zusatzinformationen zum Leistungsangebot der Securita BKK. Mit der E-Mail werden direkt auch sinnvolle Zusatzpakete vorgestellt und angeboten, hier wird direkt Up-/Cross-Selling gemacht, nicht aufdringlich sondern im Sinne der Kunden. Auch sehr positiv – die potentielle Kunden erhält umfangreiche Anlagen, beispielsweise eine Leistungsübersicht, eine Darstellung der Bei-

tragssätze und einen Mitgliedsantrag für einen Eintritt in die Krankenkasse.

Pronova BKK – Die Pronova BKK hat unsere Anfrage innerhalb von 18 Stunden beantwortet und ist sehr individuell auf die Anfrage der Testkundin eingegangen. Textbausteine waren nicht zu erkennen, es wird sehr viel Wert auf die persönliche Kommunikation gelegt. Unsere persönliche Ansprechpartnerin leitet die E-Mail damit ein, dass sie sich sehr über unsere Anfrage gefreut hat, mit den gewünschten Informationen (und vielen nützlichen Zusatzinformationen) bietet sie auch ein persönliches Gespräch an, ihre Kontaktdaten (E-Mail & Durchwahl) sind in der Signatur zu finden. Als Anlagen wurden neben dem Mitgliedsantrag auch viele nützliche Zusatzinformationen zum Angebot der Pronova BKK mitgeschickt. Die Pronova BKK ist auch die einzige Krankenversicherung, die im Anschluss noch einmal (14 Tage später) bei der potentiellen Kundin nachgefasst hat – sehr freundlich und absolut nicht aufdringlich.

Kontaktkanal Brief

Auch für den aktuellen Servicecheck wurde auch die Kommunikation auf dem Postweg getestet. Alle 44 Unternehmen haben eine



Klarer Testsieger im Testdurchlauf und ein exzellentes Beispiel wie sich der klassische Kanal „Brief“ optimal und sehr kundenorientiert nutzen lässt: Die Audi BKK.

Anfrage von einem potentiellen Neukunden klassisch per Brief erhalten. Von den 44 Unternehmen haben 22 Unternehmen innerhalb einer Woche geantwortet. Weitere acht Unternehmen haben innerhalb von 7-14 Tagen geantwortet. Innerhalb von 14-21 Tagen haben sieben weitere Unternehmen auf die postalische Anfrage reagiert. Von sieben Unternehmen ist auch acht Wochen nach dem Testdurchlauf keine Rückmeldung auf dem Postweg erfolgt. Der Versand der Briefe erfolgte am 27.06. 2016, bei den gängigen Laufzeiten der Deutschen Post AG wurden somit die meisten Briefe am 28.06. 2016 zugestellt. Insgesamt haben knapp 50 Prozent der Unternehmen innerhalb von 3 Werktagen auf die Kundenanfrage reagiert – ein exzellenter Schnitt, im Vergleich zu vielen anderen Kassen.

Besonders schnell haben beispielsweise die DAK-Gesundheit (Antwort vom 28.Juni 2016), die HEK – Hanseatische Krankenkasse (Antwort vom 29.Juni 2016), die Bertelsmann BKK (Antwort vom 29.Juni 2016), die BIG direkt gesund (Antwort vom 29.Juni 2016) oder die Audi BKK (Antwort vom 30.Juni 2016) reagiert. Etwas mehr Zeit brauchte die IKK Nord (Antwort vom 4.Juli 2016), die mhplus Betriebskrankenkasse (Antwort vom 07.07. 2016), die

KRANKENKASSEN IM SERVICE CHECK

AOK Baden-Württemberg	DAK
AOK Bayern	Deutsche BKK
AOK Bremen/Bremerhaven	Hanseatische Krankenkasse (HEK)
AOK Hessen	HKK Erste Gesundheit
AOK Niedersachsen	IKK Brandenburg und Berlin
AOK Nordost	IKK Classic
AOK Nordwest	IKK gesund plus
AOK Plus	IKK Nord
AOK Rheinland/Hamburg	IKK Südwest
AOK Rheinland-Pfalz/Saarland	KKH
AOK Sachsen-Anhalt	Knappschaft Bahn See
Audi BKK	KVB
Bahn-BKK	mhplus
Barmer GEK	Novitas
Bertelsmann BKK	Postbeamtenkrankenkasse
BIG Krankenkasse	Pronova BKK
BKK Akzo Nobel -Bayern-	R+V Betriebskrankenkasse
BKK Mobil Oil	SBK (Siemens-Betriebskrankenkasse)
BKK Verkehrsbau Union (BKK VBU)	Schwenninger BKK
BKK Wirtschaft & Finanzen	Securita
BKK ZF & Partner	Techniker Krankenkasse
Daimler Betriebskrankenkasse	Vaillant BKK

BKK Wirtschaft & Finanzen (Antwort vom 8. Juli 2016), die Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (Antwort vom 22.07.2016) oder die Deutsche BKK (Antwort vom 3. August 2016).

Besonders erfreulich: Von den 44 Unternehmen haben insgesamt 14 Unternehmen die postalische Anfrage später noch einmal aufgegriffen, es wurde entweder kampagnengesteuert (Serienbrief) oder mit einem individuellen Anschreiben nachgefasst. Sehr professionell haben beispielsweise die Audi BKK, die BIG direkt gesund, die BKK Wirtschaft & Finanzen oder die IKK gesund plus. Insgesamt haben 20 von 44 Unternehmen bereits mit dem ersten Schreiben alle wichtigen Informationen, Mitgliedsanträge oder Broschüren zu möglichen Zusatzleistungen zur Verfügung gestellt. Besonders hochwertig wirkten hier die Unterlagen von Audi BKK, Bertelsmann BKK, DAK-Gesundheit, HEK – Hanseatische Krankenkasse und Knappschaft.

Auszug aus dem Testprotokoll:

AOK – Gleich ob die AOK Bremen/Bremerhaven, die AOK NordWest, die AOK Rheinland-Pfalz, die AOK Bayern oder die AOK Niedersachsen – die Anschreiben wurden bei der AOK häufig sehr kurz gehalten, auf Beilagen in Form von Broschüren oder Mitgliedsanträgen wurde komplett verzichtet. Die Anschreiben wirkten auch eher wie die Korrespondenz einer Behörde. Einzige Ausnahme – die AOK Rheinland/Hamburg und die AOK Hessen zeigten Interesse und versorgten den potentiellen Neukunden mit weiterführenden Informationen.

AKZO Nobel Bayern – Die AKZO Nobel Bayern antwortete innerhalb von 2 Tagen. Leider kann die Krankenkasse unseren fiktiven Kunden nicht als Mitglied aufnehmen, dieser beabsichtigt nämlich den Wechsel von einer privaten Krankenversicherung in eine gesetzliche Krankenkasse. Trotz der Absage im Anschreiben werden aber alle notwendigen Antragsformulare mitgeschickt, was bei Prüfung der Rückmeldung als irreführend empfunden wurde.

Audi BKK – Klarer Testsieger im Testdurchlauf und ein exzellentes Beispiel wie sich der klassische Kanal „Brief“ optimal und sehr

kundenorientiert nutzen lässt. Die Audi BKK hat im Test nicht nur durch Schnelligkeit und hochwertige Informationen gepunktet. Das Anschreiben wurde individuell formuliert (die wichtigen individuellen Informationen wurden im Fettdruck hervorgehoben) und es wurde eine hochwertige Angebotsmappe mit wirklich allen notwendigen Broschüren und Formularen mitgeschickt. Mit dem ersten Schreiben hat unser fiktiver Kunde auch einen persönlichen Ansprechpartner samt Kontaktdaten von der Audi BKK erhalten. Nach etwa 3 Wochen hat unser Testkunde einen weiteren Brief erhalten, dieses Mal werden noch einmal die Vorteile der Audi BKK in Form eines (kampagnengesteuerten) Mailings vorgestellt. Aber unser Testkunde zögerte noch, bis sich nach etwa zwei weiteren Wochen Herr Janssen (Leiter Service Center Emden) bei unserem Testkunden meldet. Herr Janssen erkundigt sich noch einmal nach dem Beweggrund, die den potentiellen Kunden aktuell noch einer Mitgliedschaft bei der Audi BKK hindern. Gleichzeitig wird zu einem persönlichen Gespräch mit Herrn Janssen am Telefon eingeladen, die Durchwahl war zusammen mit der kurzen Nachricht auf der Postkarte zu finden.

Kontaktkanal Internet

Von den 44 getesteten Anbietern verfügen alle über eine entsprechende Webseite. Insgesamt 19 Anbieter waren zudem über gängige Vergleichs- und Versicherungsportale zu finden. Nur 18 Unternehmen pflegen auch eine Präsenz bei Facebook & Co.

Auszug aus dem Testprotokoll:

BIG direkt gesund – Bei BIG werden Tarife sehr transparent und übersichtlich auf der Webseite des Anbieters dargestellt. Potentiellen Neukunden wird ein Bonus in Aussicht gestellt, den Bonus kann jedes potentielle Mitglied direkt online auf der Webseite des Unternehmens berechnen. Und Neukunden haben die Wahl – eine Mitgliedschaft kann klassisch auf dem Postweg beantragt werden, alternativ steht bequem eine Onlinemeldung zur Verfügung.

Deutsche BKK – Die Deutsche BKK bietet über ihre Webseite auch ganz neue digitale Kommunikationskanäle an, Kunden können

hier zusätzlich zwischen einem Video- und/oder einem normalen Textchat wählen. Schade, dass der Chat nur Montag bis Donnerstag zwischen 8.00 und 18.00 Uhr und freitags zwischen 8.00 Uhr und 16.00 Uhr zur Verfügung steht. Besonders für berufstätige (potentielle) Mitglieder wäre hier eine Erweiterung der Servicezeiten bis 22.00 Uhr sicher sinnvoll.

Fazit

In Puncto Reaktionsgeschwindigkeit haben die getesteten Krankenversicherungen (im Vergleich zu anderen Branchen) die Nase vorn. Auch die klassische Kommunikation per E-Mail oder auf dem Postweg wird sehr professionell umgesetzt, häufig werden wichtige Anlagen/Beilagen (wie Broschüren oder Formulare) direkt mit der ersten Antwort zur Verfügung gestellt. Auch das Nachfassen bei potentiellen Neukunden per E-Mail oder auf dem Postweg klappt schon ganz gut. Potential haben viele Anbieter noch bei der persönlichen Beratung am Telefon. Hier hätten sich die Tester in vielen Gesprächen mehr Motivation und Kundenorientierung gewünscht. Informationen wurden viel zu häufig einfach nur abgelesen oder es wurde kurzerhand auf die Webseite des Anbieters verwiesen.

Besonders in der digitalen Welt nutzen viele der getesteten Unternehmen noch nicht das vollständige Potential, um mit Neu- und Bestandskunden online zu kommunizieren. Gerade im Neukundenprozess fehlen an der einen oder anderen Stelle wichtige Informationen. Hier wären Tools und Kanäle wie bspw. ein Chat-Dialog (der dann aber auch abends zur Verfügung gestellt wird), eine integrierte Wissensdatenbank (FAQ-Hilfe-Center) oder eine Co-Browsing-Applikation eine echte Unterstützung im Dialog zwischen Kunde und Anbieter.

Benjamin Barnack



Benjamin Barnack ist Geschäftsführer bei D+S 360° Webservice.