



Kontaktqualität von Krankenkassen

Hop oder Top?
Ein Service Check bei gesetzlichen
Krankenkassen

Servicequalität – Ein Thema für Krankenkassen?

Erhöhter Kostendruck, Gesetzesänderungen und eine gestiegene Erwartungshaltung der Versicherten haben einen intensiven Wettbewerb auf dem Krankenversicherungsmarkt gefördert. Insbesondere die Beitragserhöhungen bei zahlreichen Anbietern zu Beginn des Jahres 2016 (von durchschnittlich 15,5 auf 15,7 %) rücken den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen in den Fokus der Versicherten. Art und Umfang der Zusatzleistungen sowie die Qualität der Beratung sind wichtige Faktoren für die Wahl der Krankenkasse.

Um das Leistungsportfolio kompetent an Bestands- und Neukunden zu kommunizieren, ist die überzeugende Performance der Servicemitarbeiter an den verschiedenen Touchpoints von zentraler Bedeutung. Gerade im direkten Kundenkontakt sind die Serviceerwartungen der Versicherten besonders hoch – und das bei deutlich erhöhten Kundenkontaktzahlen bei gesetzlichen Krankenversicherungen in den letzten Jahren.

Die Kundenkontaktqualität ist eine zentrale Stellschraube, um sich vom Wettbewerbsfeld positiv abzusetzen. Kundenkontaktqualität bezieht sich dabei nicht nur auf Freundlichkeit in der Kontaktsituation. Für Kunden sind vor allem Erreichbarkeit, Verlässlichkeit, Reaktionsfähigkeit, Leistungskompetenz und Einfühlungsvermögen ihres Ansprechpartners wichtig.

Wie gut ist die Kontaktqualität bei Krankenkassen in telefonischen Gesprächen und in der Beantwortung von E-Mails? Diese Frage haben wir im Rahmen unseres imug Service Checks „Kundenkontaktqualität von gesetzlichen Krankenkassen“ untersucht. In den Monaten Juni und Juli 2016 wurden die 12 größten gesetzlichen Krankenkassen in der Bundesrepublik telefonisch und per Mail kontaktiert – mittels Mystery Callings bzw. Mystery Writings. Geschulte Tester der imug GmbH wandten sich mit zwei Anliegen als Interessenten an die gesetzlichen Krankenkassen. Grundlage war ein erprobtes Kriteriensystem der imug Beratungsgesellschaft, die seit langem und in zahlreichen Branchen zu exzellenter Servicequalität berät.

Die zentralen Ergebnisse des imug Service Checks „Kontaktqualität von Krankenkassen“ haben wir im Folgenden zusammen gestellt. Wir wünschen eine interessante Lektüre.

Das Vorgehen

Im Rahmen des Service Checks „Kontaktqualität von Krankenkassen“ hat die imug Beratungsgesellschaft 12 gesetzliche Krankenkassen auf die Qualität im unmittelbaren Kontakt mit Interessenten am Leistungsangebot der jeweiligen Krankenkasse untersucht. Eingesetzt wurde das Instrument des Mystery Research. Mitarbeiter der imug GmbH nahmen telefonisch und per E-Mail Kontakt zu den gesetzlichen Krankenkassen auf und interessierten sich für das Angebot insgesamt oder für Bonus- bzw. Prämiensprogramme. Der Fokus der Analyse lag dabei auf Erreichbarkeit der Krankenkassen am Telefon und per Mail, der inhaltlichen Beantwortung von Interessentenanfragen, der Gesprächsatmosphäre am Telefon sowie Ton und Formalien der Antwortmails an Interessenten.

In den Service Check wurden folgende gesetzliche Krankenkassen einbezogen:

Überprüfte Krankenkassen

	AOK - Die Gesundheitskasse
	Barmer GEK
	Bundesinnungskrankenkasse Gesundheit
	DAK-Gesundheit
	Deutsche BKK
	Heimat Krankenkasse
	Hanseatische Krankenkasse
	hkk
	IKK classic
	Kaufmännische Krankenkasse
	DRV
	Techniker Krankenkasse

Im Zeitraum vom 09.06.2016 bis zum 18.07.2016 richtete die imug GmbH an jede der 12 untersuchten Krankenkassen 10 Mystery Calls und 10 Mystery E-Mail mit Interessentenanfragen. Alle jeweils 120 Kontakte wurden nach einem bewährten imug Kriteriensystem dokumentiert und bewertet.

Die Kriterien

Zur Bewertung wurden jeweils für Telefon und E-Mail zentrale Aspekte mit entsprechenden Kriterien herangezogen (Abbildung 1):

Abbildung 1:

Strukturierung der Bewertungskriterien

Telefon	E-Mail
Erreichbarkeit Anrufannahme <ul style="list-style-type: none"> ▶ Freundlichkeit ▶ Verständlichkeit des Intros Bearbeitung der Anfrage <ul style="list-style-type: none"> ▶ empathischer Gesprächseinstieg ▶ Situationsanalyse ▶ Beschreibung des Angebots, Beratung, Nutzen für den Interessenten ▶ Angebot von Informationsmaterial, Hinweis auf Homepage, Angebot von Gespräch ▶ Erläuterung der Anmeldeformalitäten ▶ positiver Gesprächsabschluss Gesprächsatmosphäre <ul style="list-style-type: none"> ▶ Freundlichkeit ▶ Wertschätzung ▶ sich Zeit nehmen für den Anrufer ▶ vertriebliches Engagement/aktive Gesprächsführung ▶ vermittelte Kompetenz 	Beantwortung und Beantwortungsdauer Bearbeitung der Anfrage <ul style="list-style-type: none"> ▶ empathischer E-Mail Einstieg ▶ Beschreibung des Angebots, Beratung, Nutzen für den Interessenten ▶ Informationsmaterial, Hinweis auf Homepage, Angebot von Gespräch ▶ Erläuterung der Anmeldeformalitäten ▶ positiver Abschluss Formalien/Stil <ul style="list-style-type: none"> ▶ Rechtschreibung ▶ persönliche und korrekte Anrede ▶ übersichtliche Gestaltung der Mail ▶ persönliche Signatur bzw. Unterschrift

Die Bewertung

Sowohl für die Mystery Calls als auch für die Mystery E-Mails konnten pro Anruf/E-Mail 100 Punkte erreicht werden.

Abbildung 2:

Zu erreichende Punkte bei den Bewertungskriterien

Bewertungsbereiche Telefon	Zu erreichende Punkte
Erreichbarkeit	20
Gesprächsannahme: Verständlichkeit/Freundlichkeit des Intro	5
Bearbeitung der Interessentenanfragen (Anfrage potenzieller Neukunde/Bonusprogramm)	50
Gesprächsatmosphäre gesamt	25
Kundenkontaktqualität gesamt	100

Bewertungsbereiche E-Mail	Zu erreichende Punkte
Beantwortungsdauer/-quote	30
Bearbeitung Anfrage potenzieller Neukunde/Bonusprogramm	50
Formalien	20
Kundenkontaktqualität gesamt	100

Kontaktqualität von Krankenkassen – Der Gesamtblick zeigt große Unterschiede

Eines der überraschendsten Ergebnisse des imug Service Check „Kontaktqualität von Krankenkassen“ ist die Unterschiedlichkeit, mit der die verschiedenen Krankenkassen abschneiden (Abbildung 3).

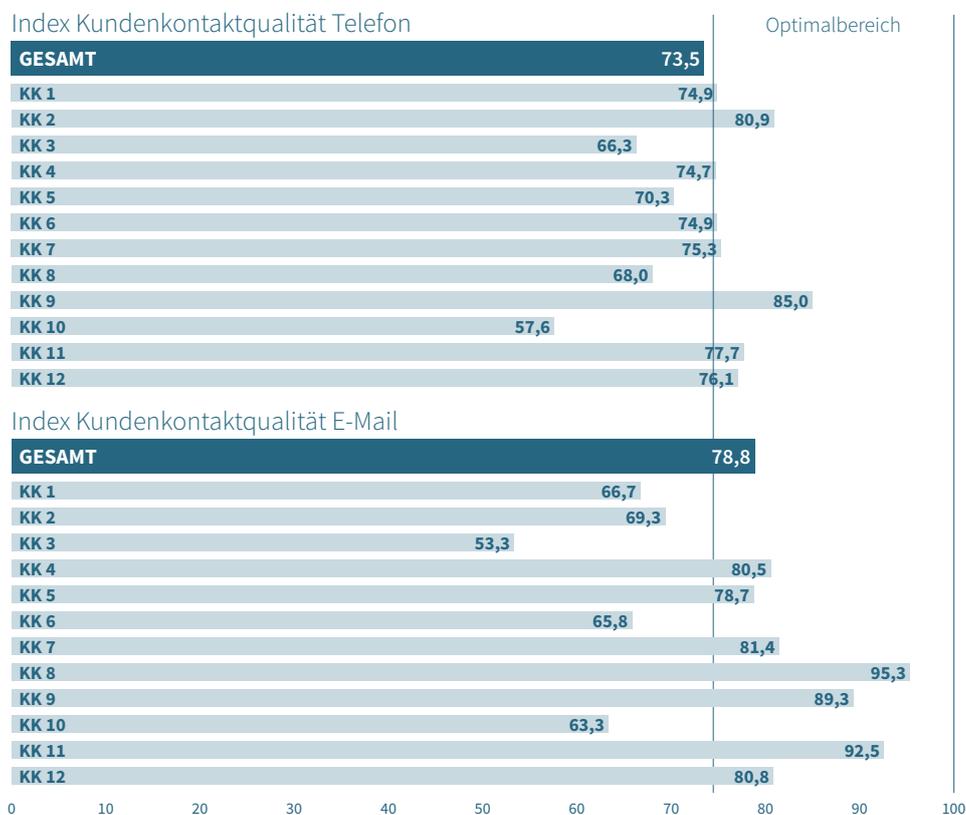
In der Gesamtbetrachtung der untersuchten gesetzlichen Krankenkassen wird ein **durchschnittlicher Index Telefon von 73,5 Punkten erreicht (Bestwert 85 Punkte und ein Minimalwert von 57,6 Punkten)**. Bei einem maximal erreichbaren Wert von 100 zeigt dieses Ergebnis klaren Handlungsbedarf für zahlreiche der gesetzlichen Krankenkassen. In den Detailergebnissen ist dabei eine hohe Unterschiedlichkeit der Ergebnisse in allen Bewertungsbereichen zu beobachten.

Interessant ist, dass die verschiedenen Kategorien positiv miteinander korrelieren (Ausnahme telefonische Erreichbarkeit). Unternehmen mit guten Ergebnissen in der inhaltlichen Beantwortung der Anfragen von Interessenten erreichen auch bessere Ergebnisse in Gesprächseinstieg und Gesprächsatmosphäre.

Auch die Beantwortung von Interessentenanfragen per Mail ist sehr unterschiedlich in der Qualität (**Durchschnittlicher Index E-Mail 78,8 Punkte, Bestwert 95,3 Punkte, niedrigster Wert 53,3 Punkte**). Die drei besten Krankenkassen zeichnen sich sowohl durch eine inhaltliche kompetente wie auch schnelle und zuverlässige Bearbeitung der Mailanfragen aus.

Abbildung 3:

Übersicht zentrale Kennziffern



KQI-Telefon: Der „Kundenkontaktqualitätsindex Telefon“ liegt mit insgesamt **73,5 Punkten** außerhalb des Optimalbereichs.

KQI - E-Mail: Der „Kundenkontaktqualitätsindex“ der E-Mail Bearbeitung liegt mit **78,8 Punkten** im Optimalbereich.

Zentrale Ergebnisse:

- ▶ Die telefonische Erreichbarkeit der untersuchten Krankenkassen ist erstaunlich unterschiedlich. Die Performance bewegt sich zwischen einer hervorragenden bis ungenügenden telefonischen Erreichbarkeit.
- ▶ Die Annahme der Telefongespräche erfolgt bei den gesetzlichen Krankenkassen freundlich und für den Anrufer verständlich. Bei einigen Krankenkassen werden die Interessenten direkt nach Schilderung ihrer Anfrage an das zuständige Regionalcenter weitergeleitet.
- ▶ Interessentenanfragen am Telefon könnten insgesamt mit deutlich mehr Vertriebsorientierung und positivem Elan behandelt werden. Auch wenn die Anrufer (durch viele Nachfragen) am Telefon vielfach gute Auskünfte erhalten, so wird doch deutlich, dass die Mitarbeiter oft ausschließlich reagieren, nicht agieren.
- ▶ Angestrebt wird von den Mitarbeitern ein persönliches Gespräch mit dem Vertrieb oder Außendienst. Dieser Ansatz ist grundsätzlich positiv, allerdings nur, wenn vorab die nötigen Basisinformationen gegeben werden und nicht der Eindruck entsteht, dass die Mitarbeiter im First Level lediglich Daten zur Weiterleitung aufnehmen bzw. den Anrufer schnell abgeben wollen.
- ▶ Entsprechend ist die Gesprächsatmosphäre eher nüchtern: Die Gesprächsführung ist vielfach passiv und wenig auf Kundennutzen und Vorteile der Krankenkassen für den Interessenten konzentriert.
- ▶ Die Beantwortungsquote und -dauer von Interessentenanfragen per E-Mail ist sehr unterschiedlich. Die Beantwortungsdauer reicht von sehr schnell (innerhalb von einer Stunde) bis deutlich optimierungsbedürftig (13 Arbeitstage). Insgesamt bleibt jede zehnte E-Mail unbeantwortet.
- ▶ Formalien wie Rechtschreibung und Grammatik, Anrede des Interessenten, Übersichtlichkeit der E-Mail, persönliche Unterschrift oder Signatur der Antwortmails werden positiv bewertet.
- ▶ Die inhaltliche Beantwortung der Interessentenanfragen zeigt dagegen Verbesserungspotenzial, z.B. hinsichtlich Einstieg in die Mails, Informationsgehalt- und/oder -umfang sowie Auskunft zur Anmeldung.
- ▶ Die Qualität der telefonischen und schriftlichen Performance korreliert nur in Ausnahmefällen: Eine überzeugende Leistung im Umgang mit Interessentenanfragen via E-Mail bedeutet nicht automatisch eine neukundenorientierte Haltung am Touchpoint Telefon.

Kein Zweifel: Viele gesetzliche Krankenkassen nehmen eine gute Servicequalität im Kundenkontakt ernst und bemühen sich um Neukundengewinnung. In der Vertriebsorientierung gibt es aber durchaus noch Potenzial. Das zeigt sich zum Beispiel an der Tonalität der Mitarbeiter aber auch am „Wording“ und der fehlenden Nutzenargumentation dem Interessenten gegenüber. Im First Level Telefon werden allgemeine Auskünfte gegeben, Informationen angeboten, Kunden werden kurz beraten. Es wird deutlich, dass der Fokus der Beratung auf das nachfolgende persönliche Beratungsgespräch mit dem Außendienst liegt. Hier sollte bedarfsorientiert Auskunft gegeben werden. Achtung: Es macht Sinn, den Erstkontakt Telefon nicht zu unterschätzen, und nicht zu vorschnell auf die persönlichen Beratungsgespräche im Außendienst zu verweisen.

Telefonische Erreichbarkeit erstaunlich unterschiedlich

Die Erreichbarkeit der 12 in den imug Service Check einbezogenen gesetzlichen Krankenkassen ist – an ihren zentralen und nach außen kommunizierten Kontaktstellen – ausgesprochen heterogen.

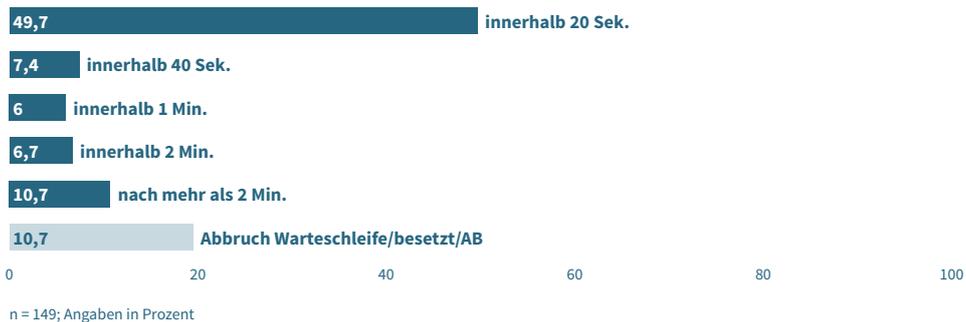
Um die 120 anvisierten Mystery Calls realisieren zu können, wurden insgesamt 149 Telefonversuche unternommen. 29 Anrufer (20 % der Anrufversuche) erreichen beim ersten Anwahlversuch keinen persönlichen Ansprechpartner. Die Leitung ist entweder besetzt oder die potenziellen Kunden verbleiben zu lange in der Warteschleife und legen nach drei bis vier Minuten auf. Zum Teil werden die Anrufer darum gebeten, eine Nachricht für einen Rückruf zu hinterlassen.

Pro Anruf können – bewertet nach Wartezeit für den Anrufer bzw. Anzahl der Anrufversuche – 20 Punkte erzielt werden. Durchschnittlich werden von dieser Maximalpunktzahl für die telefonische Erreichbarkeit 12,9 Punkte erreicht. Einige der gesetzlichen Krankenkassen schneiden hier hervorragend ab (nahezu Höchstpunktzahl), andere liegen mit 5,0 und 5,7 Punkten deutlich außerhalb des Optimalbereichs.

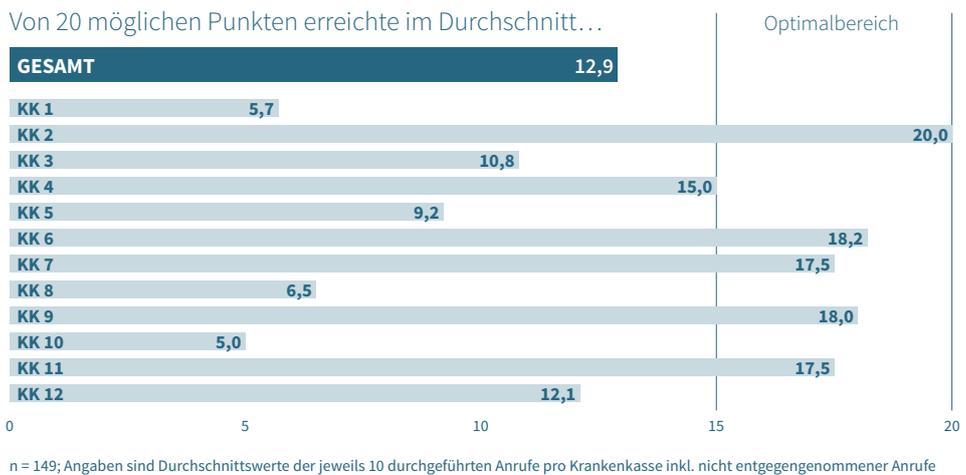
Abbildung 4:

Telefonische Erreichbarkeit der Krankenkassen

Anrufe wurden angenommen...



Von 20 möglichen Punkten erreichte im Durchschnitt...



Begrüßung am Telefon überwiegend freundlich

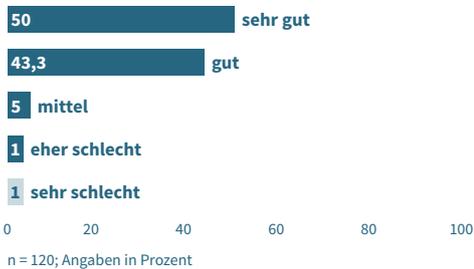
Visitenkarte eines Unternehmens ist der „Empfang“ am Telefon bzw. der Auftakt eines Telefonats. Wird dem Anrufer klar, wo er „gelandet“ ist? Wie fühlt der Anrufer sich begrüßt und wie zugewandt ist der Gesprächseinstieg? Gecheckt wurden im Rahmen des imug Service Checks „Kontaktqualität von Krankenkassen“ die Verständlichkeit des Intros, also der Vorstellung des Unternehmens bzw. des Mitarbeiters am Telefon sowie die Freundlichkeit des telefonischen Empfangs.

Der Gesamtblick auf die 12 gesetzlichen Krankenkassen zeigt überwiegend zugewandte Begrüßungen, verständlich und freundlich.

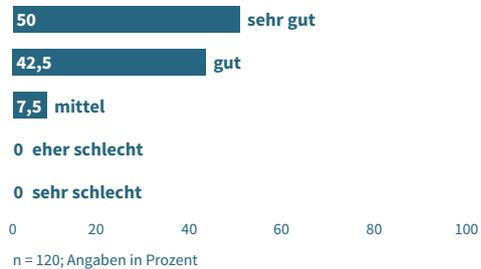
Abbildung 5:

Freundlichkeit und Verständlichkeit des Gesprächseinstiegs

Die Verständlichkeit des Intros war insgesamt ...

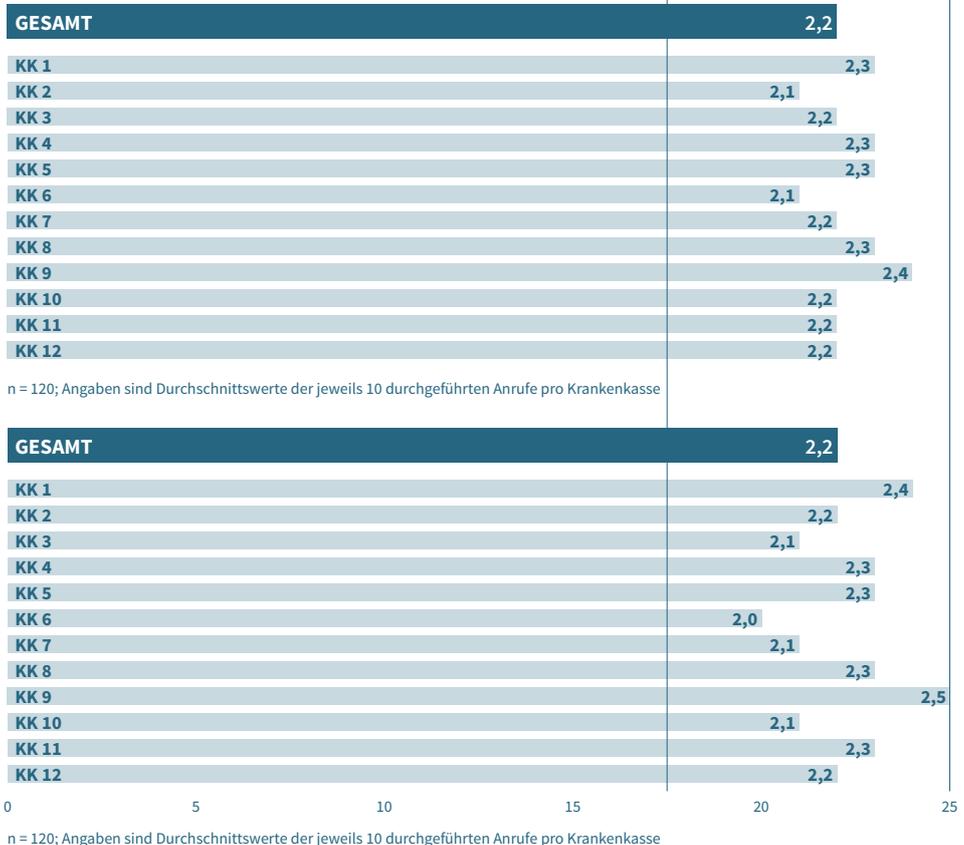


Die Freundlichkeit des Intros war insgesamt ...



Von 2,5 möglichen Punkten erreichte im Durchschnitt ...

Optimalbereich



Interessentenanfragen könnten mit deutlich positiverem Elan beantwortet werden

Im Rahmen des imug Service Checks „Kontaktqualität von Krankenkassen“ wurden zwei telefonische Interessentenanfragen formuliert: Im ersten Szenario interessiert sich der Anrufer für eine Mitgliedschaft und erfragt Informationen zu den Leistungen der Krankenversicherung sowie den Anmeldeformalitäten. Im zweiten Szenario ist der Anrufer mit seiner aktuellen Krankenkasse unzufrieden und denkt über einen Wechsel nach. Diese Entscheidung macht er abhängig von Prämien- bzw. Bonusprogrammen der neuen Krankenkasse (Anspruch: „Viel Leistung für wenig Geld“).

Bei den Mystery Calls liegen die Beobachtungsschwerpunkte auf den folgenden Aspekten (im Idealfall können hier 50 Punkte erreicht werden):

- ▶ positiver, zugewandter Gesprächseinstieg,
- ▶ kurze Situationsanalyse des Interessenten,
- ▶ Beratung und Informationen zum Leistungsangebot bzw. zum Bonusprogramm,
- ▶ Erläuterung der Anmeldeformalitäten, Angebot von Informationsmaterial bzw. -möglichkeiten,
- ▶ verbindlicher Gesprächsabschluss.

Die Gesprächsverläufe zeigen:

- ▶ Ein positiver Gesprächseinstieg gelingt nicht durchgängig: Ein Teil der Mitarbeiter empfängt die Anrufer empathisch und gibt ihnen das Gefühl, mit ihren Fragen an der richtigen Stelle zu sein. Aber: Vielfach fehlt auch deutliches Interesse an den potenziellen Neukunden in der Erstreaktion.
- ▶ Eine Bedarfsanalyse bzw. Situationsanalyse wird mehrheitlich durchgeführt: Die Mitarbeiter erfragen, welche Leistungsaspekte der Krankenkasse den Interessenten besonders wichtig sind. Außerdem wird die Mitgliedsdauer bei der aktuellen Krankenkasse sowie das momentane Beschäftigungsverhältnis thematisiert.
- ▶ In einigen Unternehmen sind die Mitarbeiter in Bezug auf die Beschreibung der Leistungen sehr wenig vertriebsorientiert: hier erfolgt pauschal die Aussage, dass die Angebote der gesetzlichen Krankenkassen weitgehend identisch seien. Für die ausführliche Erläuterung der Sonderleistungen wird in diesem Kontext oft auf die Homepage verwiesen (am Telefon sei hierfür zu wenig Zeit) oder die Mitarbeiter wollen die Kontaktdaten zur internen Weiterleitung notieren.

Konkrete Fragen werden 1:1 gut beantwortet – aber Mitarbeiter geben keine grundsätzliche Übersicht über ihre Leistungen

- ▶ Grundsätzlich stellen die Mitarbeiter Leistungen/Bonusprogramme ihrer Unternehmen gut dar. Vorteilsargumentation im übergeordneten Sinn für ihre Krankenkasse selbst (Erfahrungen des Anbieters, Spezialgebiete, günstige Preisstellung, vielfältige Kooperationen, ... oder „im Vergleich zu anderen Unternehmen bieten wir [...]“) gibt es dagegen nicht. Der Fokus liegt im Herausstellen einzelner Leistungen bzw. Leistungsbereiche, die der Interessent konkret anfragt („ja, Homöopathie übernehmen wir“).
- ▶ Es ist eher ein Reagieren auf die Anfragen des Interessenten zu beobachten („was möchten Sie genau wissen“/„wofür interessieren sie sich“ und dann Vorstellung von Leistungen) als ein Agieren oder ein aktives Führen durch das Gespräch mit Übersicht über das Leistungsangebot oder das Besondere an der Krankenkasse.
- ▶ Leider kommt es immer wieder vor, dass Leistungen nicht positiv bzw. vertriebsorientiert dargestellt werden, sondern betont wird, was nicht angeboten wird („wir kooperieren leider nur mit [...]“ statt z.B. „unser Kooperationspartner ... genießt einen sehr guten Ruf“).
- ▶ Das Angebot von Informationsmaterial gehört zum positiven Standard: Die Zusendung von Informationsmaterial wird nahezu durchgehend angeboten (in 13 % der Fälle erfolgt keinerlei Angebot an weiterführendem Informationsmaterial). Zum Teil wird in Ergänzung die Homepage als Informationsmöglichkeit benannt bzw. wird auf die Homepage für weitere Informationen verwiesen. In ungefähr einem Drittel der Fälle wird der Fokus auf ein persönliches Gespräch (Hausbesuch, Kundenzentrum, Treffen in einem Café, ...) gelegt bzw. auf Außendienst oder Vertrieb verwiesen. Vielfach entsteht an dieser Stelle der Eindruck, dass die Information/Beratung hier abgegeben wird bzw. der Mitarbeiter am Telefon nicht zuständig ist.
- ▶ Die Erklärung der Anmeldung wird gern „verschoben“: Eine Erläuterung der Anmeldeformalitäten bzw. der Beantragung einer Mitgliedschaft erhalten die Interessenten vielfach erst auf Nachfrage. Für die zugesagten Informationsunterlagen wird auf die Homepage verwiesen oder auf das persönliche Gespräch mit Außendienst, Vertrieb etc.
- ▶ Gesprächsabschlüsse könnten verbindlicher sein: In ungefähr der Hälfte der Anrufe verabschiedeten sich die Mitarbeiter freundlich aber unverbindlich („einen schönen Tag noch“). Positive, verbindliche Gesprächsabschlüsse, die den Interessenten verdeutlichen, dass man sich auf ihn als neues Mitglied freue und/oder, dass der Interessent mit dieser Krankenkasse eine gute Wahl treffe, sind nicht selbstverständlich. Häufig erfolgt zum Gesprächsende ein Dialogangebot mit dem Hinweis, dass sich die Interessenten bei Fragen gern noch einmal melden können.

Abbildung 6:

Beantwortung von Anfragen zum Leistungsprogramm (Telefon)

Durchschnittlich erreichte Punktzahl beim Kundenanliegen „Anfrage Potenzieller Neukunde“ von 50 möglichen Punkten*-



n = 60; Angaben sind Durchschnittswerte der jeweils 5 durchgeführten Anrufe pro Krankenkasse
* Schwankungen bei den Telefonaten 15 bis 50 Punkte

Abbildung 7:

Beantwortung von Anfragen zu Bonus- bzw. Prämienprogrammen (Telefon)

Durchschnittlich erreichte Punktzahl beim Kundenanliegen „Anfrage Bonusprogramm“ von 50 möglichen Punkten*



n = 60; Angaben sind Durchschnittswerte der jeweils 5 durchgeführten Anrufe pro Krankenkasse
* Schwankungen bei den Telefonaten 15 bis 50 Punkte

Gesprächsatmosphäre eher nüchtern

Für die Betrachtung der Gesprächsatmosphäre wurden fünf Aspekte bei den verschiedenen Krankenkassen betrachtet: Freundlichkeit, Wertschätzung/Eingehen auf den Anrufer, sich Zeit nehmen, aktive Gesprächsführung bzw. Vertriebsorientierung und vermittelte Kompetenz (es können jeweils fünf Punkte pro Aspekt erreicht werden).

Interessant: Die Gesprächsatmosphäre in der Bearbeitung von zwei vertriebllich sehr attraktiven Anfragen fällt insgesamt eher nüchtern als empathisch aus.

Mit Blick auf die Gespräche teilt sich „das Feld“ hinsichtlich der wahrgenommenen Gesprächsatmosphäre zwischen den Anbietern deutlich auf. Neben sehr freundlichen, zugewandten und wertschätzenden Gesprächspartnern, gibt es auch zahlreiche Fälle, in denen die Mitarbeiter am Telefon nüchtern und nicht besonders interessiert wirken und lediglich auf Außendienst oder Vertrieb verweisen. Ähnliches gilt für das Beobachtungskriterium des sich Zeitnehmens für den Anrufer (hier ging es nicht um ein möglichst langes Gespräch, sondern darum, dass der Anrufer seine Fragen in Gänze stellen konnte). Auch hier werden sehr viele Anrufe sehr gut bewertet, während es in anderen Fällen eher wie ein „Verschieben“ anmutet. Hinsichtlich aktiver Gesprächsführung und vermittelter Kompetenz wird deutlich, dass die Mitarbeiter eher reagieren (auf die Fragen des Interessenten), denn selbst das Gespräch gestalten und eher darauf aus sind, Unterlagen zu versenden oder auf Vertrieb/Außendienst zu verweisen.

Abbildung 8:

Gesprächsatmosphäre am Telefon

Von 25 möglichen Punkten erreichte im Durchschnitt ...



n = 120; Angaben sind Durchschnittswerte der jeweils 10 durchgeführten Anrufe pro Krankenkasse

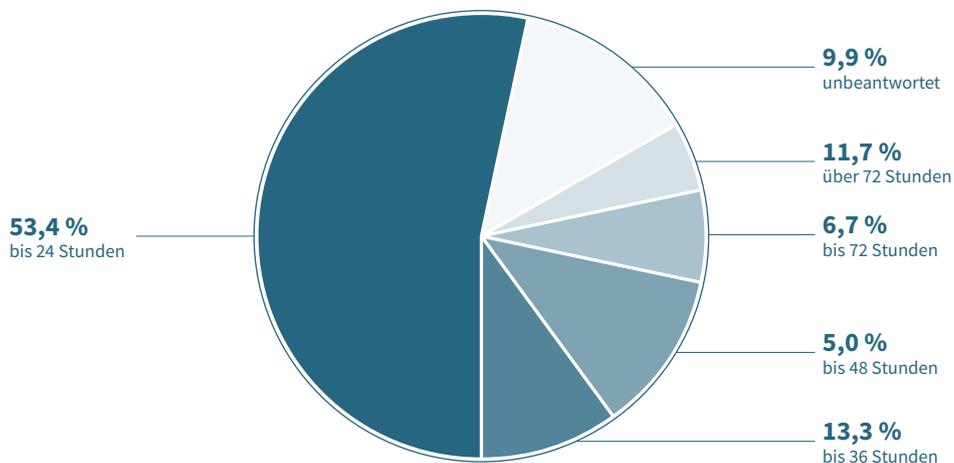
Beantwortungsdauer von E-Mail zwischen sehr schnell und sehr langsam

Im Rahmen des Service Checks „Kontaktqualität von Krankenkassen“ wurden E-Mails mit Interessentenanfragen (ebenfalls mit Fragen zum Leistungsangebot und zu Bonusprogrammen) an die Krankenkassen gesendet. Von den 120 versendeten E-Mails wurden 108 E-Mails (90 %) beantwortet, 10 % der Mail-Anfragen blieben unbeantwortet.

Gut die Hälfte der Interessenten (53 %) erhalten ein schnelles Feedback innerhalb von 24 Stunden. 12 % der Anfragen potenzieller Neukunden werden erst nach mehr als drei Arbeitstagen bearbeitet.

Abbildung 9:

Beantwortungsquote und -dauer von E-Mail-Interessentenanfragen

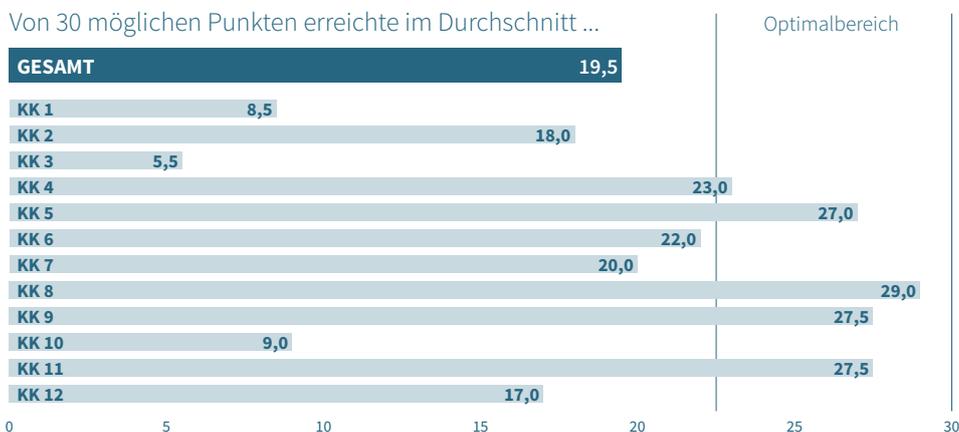


Die Performance der 12 in den Service Check einbezogenen gesetzlichen Krankenkassen ist dabei sehr unterschiedlich.

Abbildung 10:

Beantwortungsquote und -dauer nach Krankenkassen

Von 30 möglichen Punkten erreichte im Durchschnitt ...



n = 120; 12 Mailanfragen unbeantwortet; Angaben sind Durchschnittswerte der jeweils 10 pro Krankenkasse versendeten Mailanfragen, inklusive der unbeantworteten Antwortmails (0 Punkte)

E-Mail Antworten auf Interessenten- anfragen haben Potenzial

Analog zum telefonischen Untersuchungsbereich wurden beim Thema Kundenkontaktqualität E-Mail zwei Anfragevarianten eines Interessenten formuliert:

Im ersten Szenario interessiert sich der Anrufer für eine Mitgliedschaft und fragt nach Informationen zu den Leistungen der Krankenversicherung sowie den Anmeldeformalitäten. Im zweiten Szenario ist der Anrufer mit seiner aktuellen Krankenkasse nicht zufrieden und denkt über einen Wechsel nach. Diesen Wechsel macht er abhängig von Prämien- bzw. Bonusprogrammen der Krankenkasse (Anspruch „Viel Leistung für wenig Geld“).

Die Analyse der schriftlichen Kontaktqualität konzentrierte sich auf folgende Beobachtungsschwerpunkte (max. 50 Punkte):

- ▶ positiver, zugewandter Textestieg/Vermittlung von Informationsbereitschaft,
- ▶ Beschreibung des Leistungskatalogs/Vorteilsargumentation,
- ▶ Zusendung von Info-, Anmeldeunterlagen als Anlage,
- ▶ Hinweis Unternehmenswebsite, Angebot persönliches Beratungsgespräch,
- ▶ Erläuterung der Anmeldeformalitäten,
- ▶ verbindlicher Textabschluss, Dialogangebot.

Die Grundaussage: Die inhaltliche Bearbeitung der Interessentenanfragen per Mail differiert in Informationsgehalt und wahrgenommener Kompetenz sehr.

- ▶ Ein zugewandter Textestieg wird bis auf wenige Ausnahmen durchgängig formuliert. Nur bei einem der 12 untersuchten Unternehmen fehlt dieser positive Bezug auf die Kundenanfrage.
- ▶ Die Beschreibung des Leistungskatalogs und der Bonusprogramme fällt bei den untersuchten Krankenkassen unterschiedlich ausführlich aus: einige Anbieter bieten weitreichende Informationen an, andere bitten um ergänzende Angaben oder verweisen auf eine persönliche Beratung.
- ▶ Jede zweite Mailantwort wird mit zusätzlichem Informations- oder Anmeldeunterlagen ergänzt.
- ▶ Insgesamt wird zu wenig Fokus auf Anmelde- und Wechselformalitäten gelegt: konkrete Aussagen zu wichtigen Aspekten der Neu-Mitgliedschaft werden nur in 40 % der Fälle getroffen. Hier könnten die Infos bei der Mehrzahl der Krankenkassen deutlich ausführlicher ausfallen.
- ▶ Der Hinweis auf ergänzende Informationsmöglichkeiten via Internet gehört nicht bei allen 12 der untersuchten Kassen zum positiven Standard.
- ▶ Die Beendigung der Antwortmails ist mehrheitlich verbindlich. In fast allen Fällen formulieren die Mitarbeiter ein Dialogangebot: „Falls Sie noch Fragen haben, rufen Sie mich einfach an. Ich berate Sie gern“/ „Wir beraten Sie auf dem Weg, den Sie sich wünschen – online, persönlich oder übers Telefon.“ (Beispiele)

Abbildung 11:

Beantwortung von Anfragen zum Leistungsprogramm (E-Mail)

Durchschnittlich erreichte Punktzahl beim Kundenanliegen „Anfrage Potenzieller Neukunde“ von 50 möglichen Punkten (Schwankungen bei den Mails 15 bis 50 Punkte)



n = 54; 6 Anfragen unbeantwortet; Angaben sind Durchschnittswerte der jeweils 5 versendeten E-Mails pro Krankenkasse
* Schwankungen bei den E-Mails 15 bis 50 Punkte

Abbildung 12:

Beantwortung von Anfragen zum Bonusprogramm (E-Mail)

Durchschnittlich erreichte Punktzahl beim Kundenanliegen „Anfrage Potenzieller Neukunde“ von 50 möglichen Punkten (Schwankungen bei den Mails 15 bis 50 Punkte)



n = 54; 6 Anfragen unbeantwortet; Angaben sind Durchschnittswerte der jeweils 5 versendeten E-Mails pro Krankenkasse
* Schwankungen bei den E-Mails 15 bis 50 Punkte

Formalien der E-Mails gut

In den allermeisten Fällen werden die Antwortmails mit einer persönlichen und korrekten Anrede eröffnet. In Ausnahmefällen ist der Name des Interessenten falsch geschrieben oder fehlt die Anrede gänzlich.

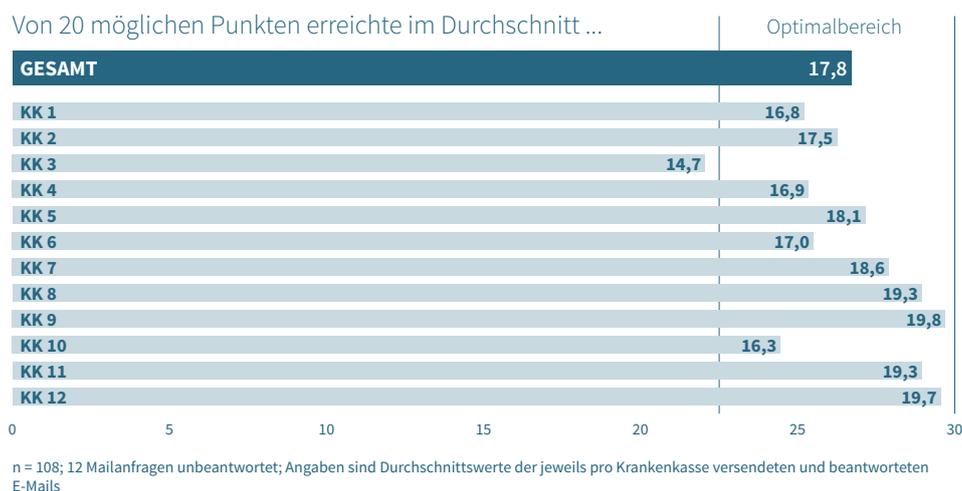
Mängel gibt es bei einigen der in den Service Check einbezogenen Krankenkassen bei der Rechtschreibung bzw. in der Grammatik der Antwortmails (mehrmals mehr als zwei Fehler in den kurzen Mails).

In einigen Fällen sind die Antwortmails wenig übersichtlich in der Gestaltung und damit auf den ersten Blick für den Leser nicht „zu erschließen“. Wenn auch die Ausführungen dieser Mails nicht unbedingt schlecht sind, ist es für den Interessenten dennoch sehr viel angenehmer, einen übersichtlich gestalteten Text zur Information auf seine Frage zu erhalten.

Eine persönliche Signatur gehört zum positiven Formulierungsstandard.

Abbildung 13:

Formalien der Antwortmails



Kontakt und Ansprechpartner

Sie möchten mehr über unsere Arbeit wissen?

Sie interessieren sich, wie die Service- und Kontaktqualität Ihres Unternehmens ausgeprägt ist und wo eventuelle Verbesserungspotenziale liegen?

Wir freuen uns auf Ihren Anruf oder Ihre E-Mail.

Ulrike Niedergesäß

Leiterin imug service excellence



fon +49 511 121 96 14
mail niedergesaess@imug.de

Sandra Bartels

Beraterin



fon +49 511 121 96 40
mail bartels@imug.de

imug



imug Beratungsgesellschaft
für sozial-ökologische Innovationen mbH

Postkamp 14a
D - 30159 Hannover

fon +49 511 121 96 0
mail contact@imug.de

web www.imug.de