

## Fehlende Serviceorientierung „kostet“ den Krankenkassen fast eine Mrd. Euro



Der Wettbewerbsdruck auf die Krankenkassen steigt seit der Liberalisierung des Krankenkassenmarktes Mitte der 90er Jahre kontinuierlich. Versicherte zu halten oder neue Versicherte hinzugewinnen nimmt somit beim „Überlebenskampf“ einen hohen Stellenwert ein. Dies kann zum einen sowohl über Preis und Leistungsangebot, als auch über den Service und das Image einer Krankenkasse geschehen. Da der Spielraum sowohl beim Leistungsangebot und dem Beitragssatz heute sehr gering ist, muss den Serviceaspekten eine besondere Bedeutung geschenkt werden.

Dies belegen auch die Ergebnisse des M+M Versichertenbarometers 2007. So wurde zwar von zwei Drittel der Befragten, die eine Wechselabsicht äußerten, als Wechselgrund in erster Linie der Beitragssatz genannt. Circa ein Drittel aber nannte auch ein schlechtes Service- und Leistungsangebot, welches durch ein entsprechendes Kundenbeziehungsmanagement positiv gestaltbar wäre.

<i>Aus welchen Gründen wollen Versicherte ihre Krankenkasse wechseln? (Auszug; Mehrfachnennungen möglich)</i>	
<i>1. Beitragssatz/Kosten</i>	<i>68,3%</i>
<i>2. Schlechtes Service- und Leistungsangebot</i>	<i>30,0%</i>
<i>3. Schlechte Beratung/Betreuung</i>	<i>15,0%</i>
<i>4. Fehlende Nähe zur Krankenkasse/Filialnetz</i>	<i>8,3%</i>

Quelle: M+M Versichertenbarometer 2007

Um einmal plastisch zu verdeutlichen, welche monetären Auswirkungen fehlende Serviceorientierung hat, haben wir im Folgenden – bezogen auf die Ergebnisse des M+M Versichertenbarometers und unter Zugrundelegung des statistischen Datenmaterials des Bundesministeriums für Gesundheit – ein Berechnungsszenario auf Basis von 2 Modellannahmen entwickelt. Diese Modelldaten lassen sich auch von jeder Krankenkasse einfach auf ihre eigenen Gegebenheiten adaptieren.

<b>Modellannahme 1</b>	
Anzahl Versicherte GKV 2006	70,4 Mio
Anzahl Mitglieder GKV 2006 -> davon Rentner -> davon Pflicht-/Freiwillig Versicherte	50,3 Mio 16,9 Mio 33,4 Mio
Durchschnittliche Einnahmen 2005 pro Mitglied (einschl. Rentner)	2.782,32 €
Durchschnittliche Ausgaben für Leistungen in 2005 pro Mitglied (einschl. Rentner)	2.674,32 €
Überschuss pro Mitglied (einschl. Rentner; ohne Verwaltungskosten und Sonstige Einnahmen der GKV's)	108,00 €
<b>Annahme*:</b> Kostenvorteil pro Pflichtmitglied/Freiwillig Versicherter => 20% v. 2.674,32 Euro entspricht 534,86 Euro	
<b>Überschuss pro Pflichtmitglied/Freiwillig Versicherter (ohne Verwaltungskosten und Sonstige Einnahmen der GKV's)</b>	<b>642,86 €</b>

Quellen: Bundesministerium für Gesundheit; Arbeits- und Sozialstatistik; Kassenärztliche Bundesvereinigung

\* Pflichtmitglieder steuern mit ihren Beiträgen positive Ergebnisse bei, während Rentner „subventioniert“ werden. Aus diesem Grund wurde die Gruppe der Rentner aus der Modellrechnung herausgelassen und für die Gruppe der Pflichtmitglieder/ Freiwillig Versicherten ein Kostenvorteil – bezogen auf die durchschnittlichen Gesamtausgaben für Leistungen – von 20% in Ansatz gebracht.

<b>Modellannahme 2</b>	
Feste Wechselabsicht von Befragten aus dem M+M Versichertenbarometer („Ich werde meine Krankenkasse bei nächster Gelegenheit wechseln und zu einer anderen gehen“) = 1,9% der Befragten; normiert auf Pflichtmitglieder/Freiwillig Versicherte (ohne Rentner) =	0,9%
Durchschnittliche Versicherungsdauer der GKV-Versicherten (ohne Rentner)	16,3 Jahre

Quelle: M+M Versichertenbarometer 2007

Bezogen auf die beiden genannten Modellannahmen ergäben sich folgende Wirkungen:

1. Von 33,4 Mio. Pflichtmitgliedern/Freiwillig Versicherten (ohne Rentner) wollen 0,9% in 2007 zu einer anderen Krankenkasse wechseln; dies entspricht **300.600 Mitgliedern**, die ihre Krankenkasse in 2007 wechseln
2. Bei einem Überschuss von 642,86 € pro Pflichtmitgliedern/Freiwillig Versicherten (ohne Rentner) wären dies ein Verlust von **193,24 Mio. €** jährlich.
3. Berücksichtigt man weiterhin, dass die durchschnittliche Versicherungsdauer eines Versicherten 16,3 Jahre beträgt, summiert sich ein Gesamtverlust im „**Versichertenlebenszyklus**“ von **3,15 Mrd. €**.
4. Wechseln ca. 30% der Versicherten wegen schlechtem Service- und Leistungsangebot (=90.180 Mitglieder), so ergibt sich ein **Verlust aufgrund von Servicemängeln in Höhe von 57,97 Mio. € jährlich bzw. 945 Mio. € summiert auf den Versichertenlebenszyklus**.

Die aufgezeigte Modellrechnung soll verdeutlichen, dass Mängel im Serviceverhalten und der Serviceorientierung einen nicht zu unterschätzenden Beitrag zum Unternehmenserfolg beinhalten. Mit steigender Austauschbarkeit der Leistungen und des Leistungsangebotes der Krankenkassen wächst auch die Bedeutung der Servicequalität in den Augen der Versicherten. Damit wird es gerade für Krankenkassen immer wichtiger, sich positiv vom Wettbewerb abzuheben. Die Qualität im Service und der persönliche Kontakt zum Versicherten wird daher immer mehr zur Meßlatte für den wirtschaftlichen Erfolg einer Krankenkasse.

Doch was ist bei einem kundenorientierten Management der Servicequalität zu beachten? Die Steuerung der Servicequalität muss auf den Marktanforderungen – auf systematisch erfassten Kundenanforderungen – basieren, die über daraus abgeleitete Qualitäts- und Serviceziele im Management der Prozesse und einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess umgesetzt werden.

#### **Kontakt und weitere Informationen:**

M+M Management + Marketing Consulting GmbH

Frank Opitz

Holländische Str. 198

34127 Kassel

Tel: 0561-70979-17

Fax: 0561-70979-18

[opitz@m-plus-m.de](mailto:opitz@m-plus-m.de)

[www.m-plus-m.de](http://www.m-plus-m.de)

## M+M Versichertenbarometer kurzgefasst

Im Rahmen einer repräsentativen Befragung werden regelmäßig seit 2005 über 1.000 gesetzlich und privat versicherte Bundesbürger telefonisch bezogen auf ihre Wahrnehmung der Krankenkasse, bei der sie derzeit versichert sind, befragt. Die Befragung erfolgt in strukturierten Telefoninterviews nach der Methode des Computer Assisted Telephone Interview (CATI) anhand eines eigens dafür von M+M (Forschungsgruppe Management + Marketing) entwickelten Fragebogens durch das Markt- und Meinungsforschungsinstitut USUMA GmbH in Berlin.

Die Planung und Durchführung der Studie ist ein Gemeinschaftsprojekt der Forschungsgruppe Management + Marketing in Kassel, der TU Dresden (Lehrstuhl für Marktorientierte Unternehmensführung) und der USUMA GmbH in Berlin.

Die Befragten des M+M Versichertenbarometers werden nach einer mehrstufig geschichteten Zufallsauswahl repräsentativ und proportional zur Bevölkerung nach Bundesländern ausgewählt. Die Personenauswahl erfolgt deutschlandweit in den Haushalten für die Personen im Alter von 18 Jahren und älter nach dem last birthday Verfahren.

Insgesamt müssen die Krankenversicherten bei der repräsentativen Befragung mehr als 70 Fragen beantworten. Zum Spektrum der Themen gehörten allgemeine Fragen zur Krankenkasse, zum Leistungsumfang und Angebot der Krankenkasse, zur fachlichen Beratung bzw. Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft, zur Information und Kommunikation, zu den Service- und Beratungsleistungen, zum Image/ Ansehen sowie zur generellen Bewertung (Kundenzufriedenheit, Kundenbindung, Loyalität, Sympathie, Cross Buying etc.).

Das M+M Versichertenbarometer ermöglicht jährlich die neuesten Informationen bezogen auf:

- Daten und Fakten zur Versichertenzufriedenheit und Versichertenbindung im Krankenkassenmarkt,
- Zusammenhänge zwischen Anforderungen der Versicherten, ihrer Zufriedenheit und ihrer Bindung an die Kasse,
- Fortschreibung der Trends aus den letzten Jahren,
- Impulse zur Überprüfung und künftigen Ausrichtung der Marktpositionierung der Krankenkassen.



**„Alles aus einer Hand“ – Umfassende  
Beratung von der Konzeption über die  
Analyse bis zur Umsetzung von  
Verbesserungen**

## M+M-Kundenbefragungen

**Versichertenzufriedenheit und -bindung aussagefähig messen**

Weitere Informationen unter [www.m-plus-m.de](http://www.m-plus-m.de)