Krankenhausentwicklung

Szenario: Neues Zentralklinikum sichert medizinische Versorgung

Von der Idee zur großen Chance in Emden und im Landkreis Aurich

Die bisherigen Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung in Emden, Aurich und Norden aufzugeben und an einem aus Sicht der drei Städte zentralen Standort ein gemeinsames leistungsfähiges Zentralkrankenhaus zu errichten und zu betreiben: das ist die partnerschaftlich entwickelte Idee der Krankenhäuser der Stadt Emden und des Landkreises Aurich. Im Rahmen einer Machbarkeitsstudie in Zusammenarbeit mit der BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft wurden die medizinische und betriebswirtschaftliche Tragfähigkeit dieses Vorhabens und seine Realisierbarkeit geprüft. Mit dem Ergebnis: Das Zentralkrankenhaus bietet eine große Chance und wird mit hoher Priorität weiterverfolgt.

Abbildung 1: Zwei Szenarien: Der Standort des Zentralkrankenhauses zwischen den jetzigen Standorten Norden, Emden und Aurich

Große Herausforderungen für einzelne Krankenhäuser

Die Stadt Emden ist Träger der Klinikum Emden – Hans-Susemihl-Krankenhaus gemeinnützige GmbH, die mit 370 Planbetten und mit rund 900 Mitarbeitern jährlich über 15 000 stationäre Patienten[1)] betreut. Der Landkreis Aurich unterhält als Träger die Ubbo-Emmius-Klinik gGmbH Ostfriesisches Krankenhaus mit Einrichtungen in Aurich und Norden. Dort werden insgesamt 568 Planbetten vorgehalten und pro Jahr mit etwa 1 300 Beschäftigten circa 27 000 stationäre Patienten[2)] behandelt. Das Leistungsspektrum der drei Krankenhäuser umfasst im Wesentlichen den Bereich der Grund- und Regelversorgung. Schwerpunktversorgende Abteilungen sind die Neurologie in Emden und die Psychiatrien in Emden und Norden. In allen drei Häusern besteht ein erheblicher Investitionsstau, der insbesondere den Erhalt der vorhandenen Bausubstanz betrifft. Grundlegende Verbesserungen der Betriebsabläufe sind in den gegebenen Gebäudestrukturen nicht wirtschaftlich umsetzbar. Beide Gesellschaften weisen seit geraumer Zeit defizitäre Jahresergebnisse aus.

Die Idee des Zentralkrankenhauses

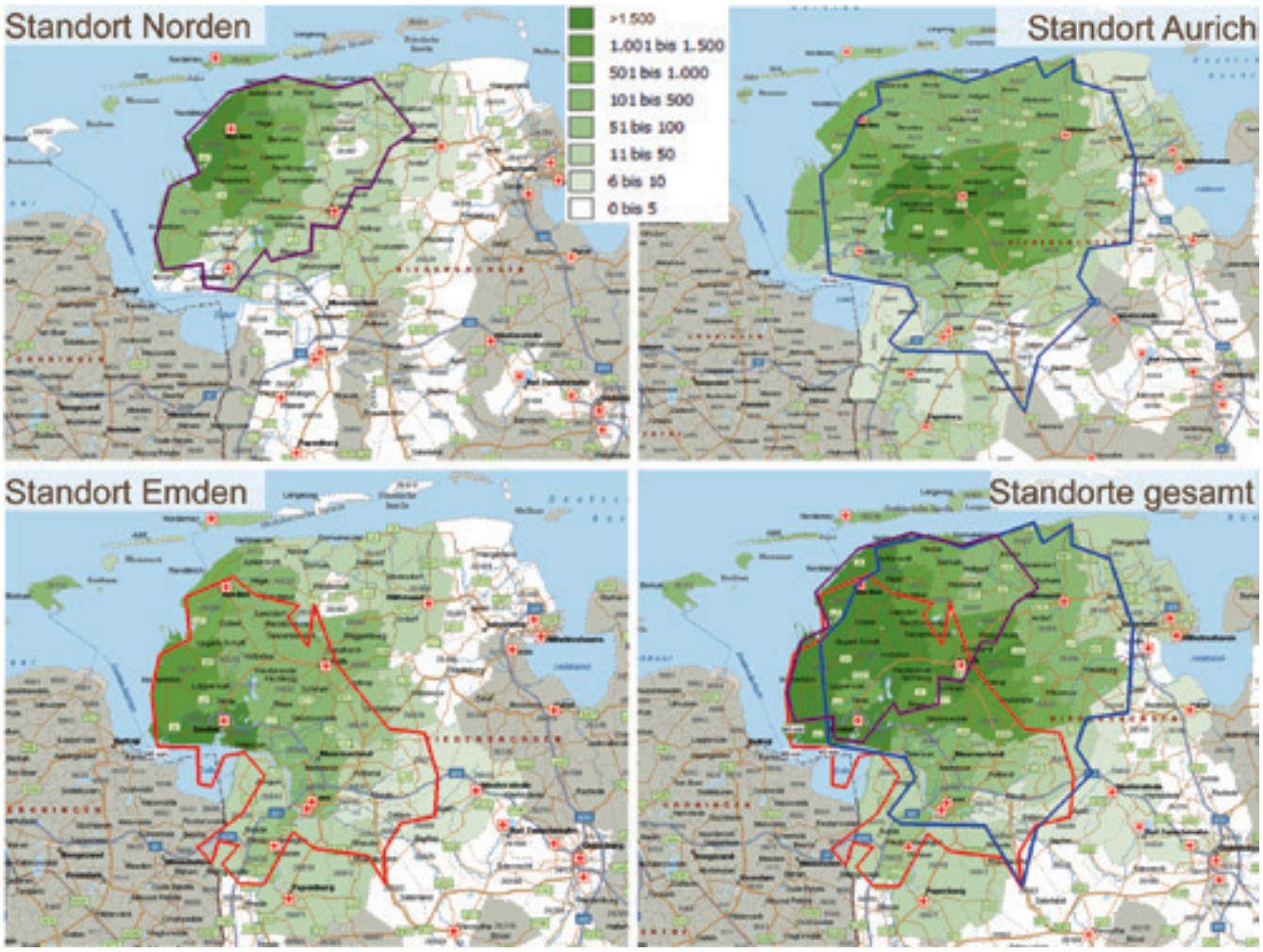
Die Zukunftsaufgabe besteht in der Versorgungssicherung einer alternden Bevölkerung bei wachsendem Fachkräftemangel in den Krankenhäusern und im niedergelassenen Bereich. Das Klinikum Emden hatte im September 2013 im Rahmen eines Workshops des Krankenhausdirektoriums mit dem Aufsichtsrat die Zeichen der Zeit erkannt und einen Vorstoß für eine Zentralisierung der Krankenhäuser in der Region Ostfriesland unternommen. Dieser Ansatz stieß beim Landkreis Aurich als Träger der Ubbo-Emmius-Klinik mit ihren Standorten in Aurich und Norden auf offene Ohren. Die Aufsichtsräte der Kliniken verständigten sich deshalb auf eine gemeinsam getragene Machbarkeitsstudie, um zunächst zu überprüfen, ob es sinnvoller ist, ein gemeinsames Zentralkrankenhaus zu bauen oder drei Standorte unter einem Dach zu erhalten (siehe ▶**Abbildung 1**).

Prüfung von zwei Alternativen

Die beiden Szenarien „Zentralkrankenhaus“ und „Drei-Standorte-Konzept“ (Weiterentwicklung auf der Basis des Status quo) wurden hinsichtlich Leistungsplanung, Wirtschaftlichkeitseffekten, Investitionsschätzung und Finanzplanung miteinander verglichen. In beiden Fällen war eine Fusion beziehungsweise ein Zusammenschluss der beiden Gesellschaften vorausgesetzt. Die einzelnen Analyseschritte und Planungen der Stufe I der Machbarkeitsstudie wurden in einer Arbeitsgruppe aus Vertretern und Verantwortlichen der drei Krankenhäuser sowie der BDO bearbeitet und abgestimmt, die Ergebnisse in mehreren Sitzungen des übergeordneten Lenkungsausschusses[3)] vorgestellt und diskutiert.

Die erste Stufe dieser Studie, Ende Juni 2014 fertiggestellt, zeigte ein klares Ergebnis: Der Bau eines gemeinsamen Zentralkrankenhauses der Stadt Emden und des Landkreises Aurich ist eine große Chance für die Stadt und den Landkreis und sollte daher mit hoher Priorität weiterverfolgt werden. Trotz er-

Abbildung 2: Die verschiedenen Standorte in Norden, Aurich und Emden und ihre überschneidenden Einzugsbereiche



heblicher Eigeninvestitionen kann die finanzielle Misere der beiden Krankenhäuser dauerhaft behoben und damit die kommunale Trägerschaft abgesichert werden.

Zielrichtung eines Zentralkrankenhauses

Unter Aufgabe der Einrichtungen in den Städten soll die Versorgung der Bevölkerung künftig von geografisch zentraler Stelle aus mit dem neu zu errichtenden Zentralklinikum erfolgen. Zugunsten der medizinischen Leistungsfähigkeit bekommt eine hohe Versorgungsqualität bei guter Erreichbarkeit Vorrang vor einer wohnortnahen Versorgung, sofern die entsprechende Versorgungsqualität künftig anders nicht mehr gewährleistet werden kann. Mit diesem Ansatz folgt die regional verantwortliche Politik den Vorgaben der Bundesregierung. Dies bedeutet auch ein städteplanerisches Umdenken, da nicht grundsätzlich jede Stadt über ein Krankenhaus verfügen muss.

Medizinisches Grobkonzept und szenarienadaptierte Leistungsplanung

Im Vordergrund des medizinischen Grobkonzepts stand der Erhalt und Ausbau einer dauerhaft guten medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Hierzu wurden neue Leistungen, Schwerpunkte und Zentren ausschließlich im Rahmen der Möglichkeiten des Landeskrankenhausplans berücksichtigt, nicht aber neue Angebote in Form bisher nicht vorgehaltener Fachdisziplinen. Als Grundlage für die Entwicklung des Konzepts diente neben der Leistungsanalyse unter anderem die Untersuchung der Patientenherkunft für die einzelnen Standorte und Fachabteilungen. Hier zeigte sich für alle drei Krankenhäuser ein eher regionales Einzugsgebiet – mit Ausnahme einzelner Fachdisziplinen (siehe ▶**Abbildung 2**).

Analysen und Diskussionen der Arbeitsgruppen ergaben, dass sämtliche Standorte bei einer Fortführung des **Drei-Standorte-Konzepts** ihr bisheriges Leistungsportfolio für die Grund- und Regelversorgung beibehalten müssen. Selbst bei einer Fusion können bei diesem Modell zusätzliche Leistungen wie Spezialisierungen und Zentren nur in engen Grenzen etabliert werden. Neben dem so fixierten Medizinkonzept werden in Teilbereichen absehbare medizinische Qualitätsprobleme sichtbar. So weisen einige Fachabteilungen am Ende des Planungshorizonts (2031) derart geringe Abteilungsgrößen auf, die medizinisch nicht mehr verantwortet werden können. Dies führt zu einer zunehmend geringeren Attraktivität der drei Stand-

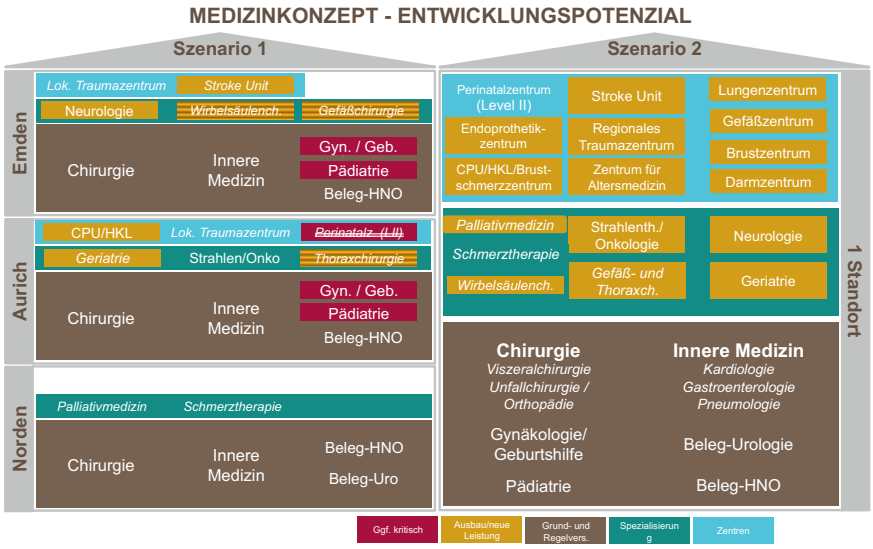
orte für Fachkräfte. Wegen der gleichen Fachabteilungen, die auch bei einer Fusion bleiben würden, stünden die Einrichtungen weiter im indirekten Wettbewerb um Patienten und qualifiziertes Personal.

Der entscheidende Vorteil eines Zentralkrankenhauses liegt dagegen in der Konzentration jeweils kleinerer und gleicher Fachdisziplinen mit personenabhängigen Schwerpunkten auf jeweils eine große Fachdisziplin mit der Möglichkeit, vollwertige Subdisziplinen betreiben zu können. Auf diese Weise gewinnt allein die Qualität der Grund- und Regelversorgung für die Bevölkerung deutlich an Bedeutung. Hinzu kommen die Möglichkeiten, hoch qualifizierte Zentren und Spezialisierungen anzubieten, wie beispielsweise ein Zentrum für Altersmedizin, ein Darm- oder ein Gefäßzentrum.

In Bezug auf das Medizinkonzept sind die Krankenhäuser bei einem Drei-Standorte-Ansatz mit dem eines Zentralkrankenhauses nicht mehr vergleichbar, da letzteres nicht einfach eine Zusammenfassung von drei Grund- und Regelversorgern ist, sondern eine grundlegende Neugestaltung des medizinischen Leistungsangebots mit einem deutlich höheren Grad an Differenzierung und Spezialisierung erlaubt. Viele Patienten, die heute mangels eines spezialisierten Angebots im Einzugsgebiet in andere Krankenhäuser abwandern, könnten künftig im Zentralkrankenhaus behandelt werden. Auch schwerer erkrankte Patienten müssten nicht, wie zurzeit häufig, in andere Krankenhäuser einer höheren Versorgungsstufe verlegt werden. Hierdurch steigt die Attraktivität für Fachkräfte, und es ergeben sich Möglichkeiten zur integralen und sektorübergreifenden Versorgung.

Ausgehend von den Ergebnissen der Leistungs-, Markt- und Umfeldanalysen und dem hieraus abgeleiteten medizinischen Grobkonzept wurde im Anschluss eine langfristige Leistungsplanung erstellt (siehe ▶**Abbildung 3**).

Abbildung 3: Zwei Szenarien – Medizinkonzepte und Entwicklungspotenziale



Wirtschaftlichkeitseffekte durch Eingriff in das Kerngeschäft

Die identifizierten Einsparpotenziale sind beim Drei-Standorte-Konzept eher gering und nur schwer zu realisieren, da grundlegende Veränderungen der Kernleistungen nicht möglich sind. Die medizinische Leistungserbringung müsste weiterhin an drei vergleichsweise kleinen Standorten erfolgen und würde aufgrund von Redundanzen zwangsläufig zu nicht optimal ausgelasteten Besetzungen und Problemen der Mindestvorhaltung führen. Ein wirtschaftlicher Geschäftsbetrieb ließe sich so nicht erreichen, da hier Einsparungen nur in den Sekundär- und Tertiärbereichen realisierbar sind.

Das Zentralkrankenhaus dagegen ermöglicht deutlich positive Wirtschaftlichkeitseffekte, die nach heutigem Kenntnisstand ausreichen, um sowohl die bestehenden Jahresfehlbeträge auszugleichen als auch den Kapitaldienst für den Eigenanteil der Investitionen zu bedienen.

Vor allem die Kombination der nachfolgend genannten Effekte versetzt die neu zu errichtende Gesellschaft in diese Lage:

- Zusammenführung und bedarfsgerechte Anpassung der Kapazitäten sowie Schaffung optimaler Abteilungs- und Stationsgrößen.
- Reduktion von Vorhalte- und Infrastrukturkosten.
- Vermeidung standortbedingter Doppelvorhaltungen.
- Ablaufoptimierte bauliche Gestaltung (Strukturoptimierung).
- Reduktion von Instandhaltungs- und Energiekosten.

Das Ziel, eine wirtschaftliche Organisationsstruktur, insbesondere im Zuge der Einhäusigkeit, zu erreichen, wird auch eine Reduzierung des Stellenplans voraussetzen. Dies ist bereits mit der Mitarbeiterschaft thematisiert worden. Soweit die Reduktion des Stellenplans betroffen ist, soll dies im Wege der natürlichen Fluktuation (zum Beispiel Renteneintritt, befristete Einstellung neuer Mitarbeiter usw.) vollzogen werden. Voraussichtlich betrifft dies die siebenjährige Vorbereitungszeit sowie einen Umsetzungszeitraum von fünf Jahren nach der Inbetriebnahme des Neubaus.

Hohe Investitionen in beiden Szenarien

Die auf der Basis von Anhaltszahlen und Vergleichsdaten ähnlicher Neubauprojekte geschätzte Bruttoinvestitionssumme für das Zentralkrankenhaus liegt nach heutigem Baupreisindex zwischen 180 und 210 Mio. €. Für die Planung wurde davon ausgegangen, dass ein Neubaubezug im Jahr 2021 möglich ist. Ein wesentlicher Anteil der Investitionen wird durch die neue Gesellschaft beziehungsweise die beiden Krankenhausträger zu finanzieren sein. Gleichzeitig sind bis zur Eröffnung des Zentralkrankenhauses noch rund 35 Mio. € Strukturerhaltungsinvestitionen für die

Abbildung 4: Ergebnisse der Machbarkeitsstudie Stufe I

Kriterium	Fortführung 3 Standorte	Zentral-klinikum
Medizinkonzept	●●○○○	○○○○●
Wirtschaftlichkeit	●○○○○	○○○●●
Tragfähigkeit	●○○○○	○○●●○
Zusätzliche Entscheidungskriterien	○○○●●	○○○●○

bis dahin noch weiter zu betreibenden Standorte erforderlich.

Demgegenüber setzt das Drei-Standorte-Konzept für einen dauerhaften Betrieb und Erhalt der drei Einrichtungen Investitionen in Höhe von rund 100 Mio. € in den kommenden fünf bis sechs Jahren voraus. Im Gegensatz zum Zentralkrankenhaus dienen diese Mittel jedoch größtenteils allein dem Strukturerhalt, nicht aber der Strukturoptimierung.

Planungsrechnungen zeigen große Chance

Die Ergebnisse der Leistungsplanung sowie die Wirtschaftlichkeits- und Investitionseffekte wurden in einer flexiblen Mehrjahresplanung zusammengefasst und als Gewinn- und Verlustrechnung dargestellt. Wegen zurzeit noch unbestimmter Variablen und Planungsprämissen, zum Beispiel eines konkreten Fördermittelbetrags, wurden über 20 Unterszenarien gebildet und betrachtet. Eindeutig hat das Drei-Standorte-Konzept zumindest in wirtschaftlicher Hinsicht keine Zukunftsperspektive, ganz im Gegensatz zur Mehrzahl der Szenarien für ein Zentralkrankenhaus, die eine nachhaltige wirtschaftliche Wettbewerbssicherung ermöglichen. Dennoch ist das Vorhaben nicht frei von Risiken. Insbesondere bei einer zu geringen Fördermittelquote können die wirtschaftlichen Probleme nicht vollständig gelöst werden. Allerdings ist das finanzielle Risiko beim Zentralkrankenhaus selbst im schlechtesten Fall erheblich geringer als beim Erhalt der drei Standorte.

Den Ergebnissen der Machbarkeitsstudie Stufe I zufolge ist das Zentralkrankenhaus dem Drei-Standorte-Konzept eindeutig überlegen (siehe ▶ **Abbildung 4**). Unter den definierten Prämissen kann es grundsätzlich wesentlich höhere Versorgungsstandards gewährleisten, und seine wirtschaftliche Tragfähigkeit ist unter den definierten Prämissen sehr wahrscheinlich. Zugleich führt ein Zentralkrankenhaus auch bei den zusätzlichen Entscheidungskriterien wie Erreichbarkeit im Einzugsgebiet und Versorgung der Städte mit medizinischen Grundleistungen zu keinen wesentlichen Nachteilen gegenüber dem Drei-Standorte-Konzept.

Die Fortführung dreier einzelner Standorte hingegen ist nicht nur hinsichtlich der zum Teil grundlegenden qualitativen Probleme für die medizinische Versorgung nachteilhaft, sondern wird wirtschaftlich nicht mehr darstellbar sein.

Umfangreiche Informationskampagne

Infolge der Ergebnisse der Machbarkeitsstudie empfahl der Lenkungsausschuss den Aufsichtsräten der Gesellschaften, das Vorhaben mit hoher Priorität weiterzuverfolgen. Da ein derartiges Großprojekt ohne Mitnahme der Bevölkerung, der Mitarbeiterschaft und der Partner der Gesellschaften, zum Beispiel den Kostenträgern und den niedergelassenen Ärzten, kaum umgesetzt werden kann, wurde eine breit angelegte Informationskampagne gestartet. Direkt im Anschluss an die beiden Aufsichtsratssitzungen in Emden und Aurich sind die Medien auf einer gemeinsamen Pressekonferenz über die Pläne informiert worden. Vor der Veröffentlichung wurden die Krankenhausbeschäftigten über die Inhalte unterrichtet. Im weiteren Verlauf stellte der Gutachter die Machbarkeitsstudie ausführlich den im Rat der Stadt Emden und im Kreistag Aurich vertretenen Fraktionen und Parteien sowie den Betriebsräten der beiden Gesellschaften vor. Ebenso wurden die Ratsvertreter der Städte Aurich und Norden, die Bürgermeister der Gemeinden im Landkreis Aurich, die AOK als größter Kostenträger sowie Vertreter der niedergelassenen Ärzte, der Kassenärztlichen Vereinigung und der Ärztekammer informiert.

Abschließend erfolgte eine Präsentation der Studie in öffentlichen Sitzungen des Kreistages Aurich und des Rates der Stadt Emden zur Entscheidungsfindung. Mit großer Mehrheit wurde beschlossen, das Vorhaben mit hoher Priorität weiterzuverfolgen.

Im Ergebnis zeigt sich, wie wichtig die breite Information aller Beteiligten ist. Sowohl die Betriebsräte beider Gesellschaften als auch die Chefärzte aller drei Häuser sprachen sich öffentlich für das Zentralkrankenhaus aus, weil es hinsichtlich der medizinischen Qualität sowie der Versorgungs- und der Arbeitsplatzsicherheit der einzig richtige Schritt sei. Auch erste Rückmeldungen seitens des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung sowie der Kostenträger stimmen zuversichtlich.

Nächste Schritte mit hoher Priorität

In der nächsten Phase werden die rechtlichen und wirtschaftlichen Grundvoraussetzungen (zum Beispiel Förderungsfähigkeit und Umfang) des Neubauvorhabens geprüft, bevor das Neubauvorhaben dann konkret geplant werden kann. Dabei sind noch viele offene Fragen zu klären und Planungsstränge zu verfolgen:

- **Standortwahl.** Medizinstrategisch wird ein möglichst zentraler Standort benötigt. Hierfür sind geeignete Flächen zu identifizieren. Die gute Erreichbarkeit hängt von der Qualität und der Kapazität des umliegenden Straßennetzes sowie des öffentlichen Personennahverkehrs ab.

Klinikum Emden – Hans-Susemihl-Krankenhaus (links) und Ubbo-Emmius-Klinik Ostfriesisches Krankenhaus mit Standorten Aurich (rechts) und Norden (unten).
Fotos: Kliniken

- **Notfallversorgungskonzept.** Gemeinsam mit dem Rettungsdienst und den niedergelassenen Ärzten bzw. deren Vertretungen ist ein abgestimmtes Notfallversorgungskonzept vor allem für nachts und die Wochenenden zu erarbeiten.
- **Nachnutzungskonzept.** Für die Nachnutzung der Immobilien an den derzeitigen Standorten soll ein Ideenwettbewerb gestartet werden. In Frage kommen Lösungen sowohl mit Bezügen zum Gesundheitswesen (zum Beispiel Arzt- und Therapiepraxen) als auch mit anderweitigen Nutzungen (beispielsweise Umwandlung zu Büroräumen).
- **Fusion.** Voraussetzung für die Realisierung des Zentralkrankenhauses ist die Fusion beider Gesellschaften unter Beachtung kartell-, beihilfe- und weiterer rechtlicher Rahmenbedingungen. Zwei zu erstellende Marktwertgutachten liefern die Grundlage für die Fusionsverhandlungen.
- **Einigung mit Arbeitnehmervertretungen.** Die Betriebsratsvorsitzenden sind über ihre Mitgliedschaft im Lenkungsausschuss bereits von Beginn an in den Prozess eingebunden worden. Sobald die rechtlichen und wirtschaftlichen Grundvoraussetzungen der Umsetzung der Einhäusigkeit geprüft wurden und in die Planungsphase des Neubauvorhabens eingestiegen werden kann, werden die Arbeitnehmervertreter der bisherigen Betriebe intensiv in die Planung eingebunden. Es sind dann die Auswirkungen der Umstrukturierungen zusammen mit der Arbeitnehmerseite abzustimmen.
- **Organisatorischer Rahmen.** Die Konkretisierung parallel laufender Planungsstränge erfordert eine orientierende Betriebsorganisation, ein Raum- und Funktionsprogramm, eine Kostenflächenarten-Ermittlung zur Kostengrobschätzung sowie einen Businessplan mit integrierter Finanzplanung.
- **Gründung Bankenkonsortium.** Da ein wesentlicher Anteil des Investitionsvolumens fremdfinanziert werden muss, sind Vorbereitungen zur Gründung eines Bankenkonsortiums zu treffen.
- **Information der Bevölkerung.** Seitens der Politik sind diverse Informationsveranstaltungen für die Bevölkerung geplant, um die Vorteile des Zentralkrankenhauses zu verdeutlichen und Vorbehalte und Bedenken abzubauen.
- **Arbeitsgruppe intersektorale Zusammenarbeit.** Da das Projekt Zentralkrankenhaus eine hohe medizinische Versorgungsqualität sicherstellen soll, können die Herausforderungen nicht ohne die Beteiligten der ambulanten Versorgung bewältigt werden. Deshalb soll gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung und Vertretern der niedergelassenen Ärzte eine eigene Arbeitsgruppe zur sektorenübergreifenden Konzeptentwicklung ins Leben gerufen werden.
- **Zusammenführung und Fördermittel.** Die erforderliche Zusammenführung der Einrichtungen ist beim niedersächsischen Sozialministerium zu beantragen. Außerdem sind die Grundlagen für den einzureichenden Fördermittelantrag zum Zentralkrankenhausneubau vorzubereiten.

Mutiger, großer und richtiger Schritt

Das Großprojekt stellt alle Beteiligten vor große Herausforderungen. Diese müssen aber angesichts der richtungweisenden Bedeutung für die wirtschaftlich tragfähige und qualitativ hochwertige regionale Gesundheitsversorgung bewältigt werden. Wesentliche Weichen wurden bereits gestellt. ▶

Die Kombination aus einem neuen und qualitativ hochwertigen Medizinkonzept, der Konzentration von Bereichen mit ausgeprägten Mindestbesetzungsproblemen zusammen mit der Umwandlung in größere und leistungsfähigere Einheiten und der Schaffung neuer Strukturen im Neubau versetzt die Krankenhausträger in die Lage, die erkannten medizinischen und ökonomischen Perspektivprobleme zu lösen.

Abseits politischer Befindlichkeiten und über Stadt- und Kreisgrenzen hinweg stellen die Verantwortlichen die langfristige Sicherung der medizinischen Versorgung in den Vordergrund. Eine hohe Versorgungsqualität bei Gewährleistung einer guten Erreichbarkeit für die gesamte Region ist dabei vorrangiger als die unmittelbare Wohnortnähe für die Stadtbevölkerung. Der Aufgabenstellung zur Gewährleistung einer adäquaten medizinischen Versorgung angesichts des demographischen Wandels und des Fachkräftemangels sowohl innerbetrieblich als auch im niedergelassenen ärztlichen Bereich kann sich ein Krankenhaus nur dann erfolgreich stellen, wenn es fachlich leistungsfähig und wirtschaftlich gesund ist. Neben den rein rationalen Fragestellungen ist vor allem eins entscheidend: Alle Interessengruppen müssen auf diesem Weg mitgenommen werden.

Gemeinsam mit dem DKI – Deutsches Krankenhaus Institut wird die BDO das Thema „Zukunftsaussichten der ländlichen Krankenhäuser“ in einer im November 2014 erscheinenden Studie behandeln.

Anmerkungen

1) Inklusive Psychiatrie
2) Inklusive Psychiatrie
3) Bestehend aus politischen Vertretern der Stadt Emden und des Landkreises Aurich, den Krankenhausdirektorien und den Betriebsratsvorsitzenden

Anschriften der Verfasser

Diplom-Kaufmann Ulrich Pomberg, Geschäftsführer Klinikum Emden Hans-Susemihl-Krankenhaus gemeinnützige GmbH, Bolardusstraße 20, 26721 Emden/ Dipl.-Verwaltungswirt (FH) Jann-Wolfgang de Vries, Geschäftsführer Ubbo-Emmius-Klinik gGmbH Ostfriesisches Krankenhaus, Wallinghausener Strasse 8-12, 26603 Aurich/ Diplom-Kaufmann Carsten Schäfer, Diplom-Betriebswirt (FH) Frank Jantzen, M.Sc. Health Care Management Britta Wedershoven, BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Fachbereich Gesundheitswirtschaft, Im Zollhafen 22, 50678 Köln

Evangelische Bank gegründet

Zusammenschluss zur größten Kirchenbank Deutschlands

Die Evangelische Kreditgenossenschaft eG (EKK) und die Evangelische Darlehnsgenossenschaft eG (EDG) haben sich zur Evangelischen Bank eG zusammengeschlossen. Mit einer Bilanzsumme von 7,7 Mrd. € und rund 500 Mitarbeitern ist mit der Evangelischen Bank die „nachhaltig führende Kirchenbank Deutschlands“ mit Hauptstellen in Kiel und Kassel entstanden, wie das Unternehmen Ende Juni 2014 mitteilte. **Thomas Katzenmayer** übernimmt das Amt des Vorstandsvorsitzenden und führt gemeinsam mit **Dr. Marco Kern** und **Christian Ferchland** die Evangelische Bank, die „als starker Finanzpartner für Kirche und Diakonie sowie die Gesundheits- und Sozialwirtschaft“ agieren will.

Anlässlich der 44. Generalversammlung der EKK am 30. Juni 2014 in Kassel sprachen sich die stimmberechtigten Mitglieder mehrheitlich für den Zusammenschluss der beiden genossenschaftlich organisierten Finanzinstitute aus. Zuvor stimmten bei der Generalversammlung der EDG am 27. Juni 2014 in Hamburg die anwesenden Stimmberechtigten ebenso mehrheitlich für die Fusion. Der Zusammenschluss ist mit der Eintragung der neuen Bank in das Genossenschafts- und Handelsregister am 8. September, rückwirkend zum 1. Januar 2014, wirksam geworden.

Die Zukunft erfolgreich gestalten

„Es ist uns wichtig, uns nicht von äußeren Faktoren beeinflussen zu lassen, sondern unsere Zukunft erfolgreich selbst zu steuern. Wir wollen agieren und die Entwicklungen vorantreiben“, stellte Katzenmayer bei der Versammlung im Kongress Palais Kassel heraus. Er betonte zudem, dass es in letzter Zeit vermehrt zu Zusammenschlüssen in Kirche und Diakonie gekommen sei. „Als modernes Finanzinstitut gehen wir mit der Zeit. Viele unserer Kunden schließen ihre Einrichtungen zu größeren Einheiten zusammen. Dem folgen wir.“

Die Vorteile für den Zusammenschluss liegen klar auf der Hand: „Durch eine verbesserte Wettbewerbspositionierung und den wechselseitigen Stärkentransfer soll die Realisierung von Wachstumspotenzialen gesichert werden. Zudem können mit der bundesweiten Präsenz der Evangelischen Bank Geschäftsfelder und Spezialisten-Einheiten ausgebaut werden“, betonte Ferchland, der bei der Evangelischen Bank unter anderem für die institutionellen Kunden zuständig ist. „Darüber hinaus wird die neue Bank auch höhere Kreditvergabespielräume haben. Außerdem sollen künftig – neben der Verbesserung der Risiko- und Eigenkapitalstrukturen – Synergiepotenziale in Erträgen und Kosten realisiert werden“, ergänzte Dr. Kern als verantwortliches Vorstandsmitglied für die Unternehmenssteuerung.

Kunden und Mitglieder stehen im Mittelpunkt

Von den Vorteilen sollen vor allem die Kunden und Mitglieder profitieren: Durch die Bündelung der Stärken wird eine noch leistungsfähigere Bank entste-