



Gesetzentwurf

der Abgeordneten **Florian von Brunn, Ruth Waldmann, Michael Busch, Christian Flisek, Doris Rauscher, Diana Stachowitz, Dr. Simone Strohmayr, Margit Wild, Ruth Müller, Arif Taşdelen, Klaus Adelt, Horst Arnold, Inge Aures, Martina Fehlner, Volkmar Halbleib, Alexandra Hiersemann, Florian Ritter, Harald Güller, Annette Karl, Natascha Kohnen, Markus Rinderspacher, Stefan Schuster** und **Fraktion (SPD)**

**zur Änderung des Bayerischen Krankenhausgesetzes
hier: Krankenhäuser auskömmlich finanzieren, energetisch sanieren und für
Pflegekräfte attraktiver machen**

A) Problem

1. Die staatliche Investitionsförderung für Plankrankenhäuser ist auch in Bayern seit Jahrzehnten defizitär. Zwar besteht die Staatsregierung wie alle anderen Länderregierungen auf einer Beibehaltung des sogenannten dualen Systems der Krankenhausfinanzierung, nach dem die Betriebskosten der Krankenhäuser von den Krankenkassen über Fallpauschalen finanziert werden, die Investitionskosten hingegen durch den Staat in Form der Bundesländer. Trotz ihres Bekenntnisses zu dieser Form der geteilten Verantwortung in der Krankenhausfinanzierung hatte die Staatsregierung ihre Haushaltsmittel für diesen Bereich über Jahre hinweg kontinuierlich reduziert und seither nicht ausreichend wieder aufgestockt. Die Krankenhäuser müssen daher in größerem Ausmaß in den Erhalt und Ausbau ihrer Infrastruktur investieren, als sie Fördermittel vom Freistaat Bayern erhalten. Investitionen werden in nicht unerheblichem Umfang aus Eigenmitteln und damit auch aus Pflegesätzen und Vergütungen seitens der Krankenkassen finanziert. Dies führt zu gesundheits- und sozialpolitisch unerwünschten Effekten wie einer medizinisch nicht indizierten Mengenausweitung bei Operationen und einem sehr hohen Arbeitsdruck für das pflegerische und medizinische Personal. Darüber hinaus stehen für Investitionen in Zukunftsprojekte wie die energetische Sanierung der Krankenhäuser oder den Bau von Personalwohnungen keine oder nicht ausreichend Investitionsmittel zur Verfügung. Wenn in der staatlichen Investitionsförderung die Bewertungsrelationen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) für den tatsächlichen Investitionsbedarf zugrunde gelegt würde, müssten die ausgereichten Fördermittel sich annähernd verdoppeln.
2. In der stationären Akutpflege herrscht seit Jahren ein erheblicher Personalmangel. Um die Arbeitsbedingungen in der stationären Akutpflege zu verbessern und die Pflegenden auch längerfristig in ihrem Beruf zu halten, müssen alle Möglichkeiten ausgeschöpft werden. Die Bereitstellung von bezahlbarem und familiengerechtem Wohnraum ist dafür ein wichtiger Baustein. Oft investieren die Träger der Krankenhäuser in den Bau von Personalwohnungen. Nicht selten ist der finanzielle Aufwand für den Träger aber zu groß, weil er nicht über eigene Grundstücke verfügt und die erforderlichen Investitionskosten nicht allein tragen kann. Die hohen und weiter steigenden Mietpreise, insbesondere in den Ballungsräumen, erschweren die Gewinnung von geeignetem Fachpersonal erheblich. Angesichts des Fachkräftemangels ist eine erschwingliche Wohnung ein wichtiges Argument für künftige Beschäftigte.
3. Die Defizite in der staatlichen Investitionsförderung haben zu massiven Defiziten bei der baulichen Infrastruktur, der Medizintechnik, der Digitalisierung und auch beim Klimaschutz geführt. Klimaschutz in Krankenhäusern kann einen bedeutsamen Beitrag zur Reduktion von Treibhausgasen leisten. Insgesamt werden rund

Hinweis des Landtagsamts: Zitate werden weder inhaltlich noch formal überprüft. Die korrekte Zitierweise liegt in der Verantwortung der Initiatoren.

5 % des nationalen Ausstoßes dem Gesundheitswesen zugeschrieben. Ein Großteil davon entfällt auf die Krankenhäuser. In der Investitionsförderung der Bayerischen Staatsregierung für die Plankrankenhäuser sind Mittel für deren energetische Sanierung bislang nicht vorgesehen. Spezielle Förderprogramme wie „Green Hospitals“ sind viel zu gering dotiert, um die bayerischen Krankenhäuser bei der energetischen Sanierung nachhaltig zu unterstützen. In der seit rund 10 Jahren existierenden Initiative „Green Hospital“ bzw. „Green Hospital^{PLUS}“ wurden ausweislich der Haushaltspläne der Staatsregierung insgesamt knapp 8 Mio. € für die energetische Sanierung von Krankenhäusern zur Verfügung gestellt. Gemäß einem Bericht des Bayerischen Rundfunks ging der gesamte Betrag in den Neubau des Krankenhauses in Lichtenfels (https://www.br.de/nachrichten/bayern/krankenhaeuser-landesweit-energetisch-effizienter-100_Qr5d4iS). Darüber hinaus besteht die Initiative „Green Hospital“ aus Kriterien für die Verleihung eines Gütesiegels.

B) Lösung

Die staatliche Investitionsförderung für Plankrankenhäuser wird deutlich ausgeweitet. Ihr Umfang wird unmittelbaren haushalts- und tagespolitischen Opportunitäten entzogen und auf eine wissenschaftliche Grundlage gestellt. Es wird die explizite gesetzliche Möglichkeit eröffnet, Maßnahmen zur Schaffung erschwinglichen Personalwohnraums sowie zur energetischen Sanierung aus den Mitteln der staatlichen Investitionsförderung zu finanzieren.

C) Alternativen

Als Alternative ist die Beibehaltung der derzeitigen gesetzlichen Regelung denkbar. Dies würde aber das Fortbestehen der mangelhaften Investitionsförderung bedeuten. Insbesondere würden keine Investitionsmittel für Zukunftsprojekte wie den Bau von Personalwohnungen und die energetische Sanierung der Krankenhäuser zur Verfügung stehen.

D) Kosten

1. Für den Freistaat Bayern

Für den Freistaat Bayern entstehen jährliche Kosten durch die Erhöhung der Krankenhausinvestitionsförderung. Die konkrete Höhe der zusätzlichen Kosten ist abhängig von den jährlich vom InEK berechneten und veröffentlichten Investitionsbewertungsrelationen und der Zahl der in Bayern stationär behandelten Patientinnen und Patienten. Würden die Regelungen in diesem Gesetzentwurf im Jahr 2023 bereits vollumfänglich angewendet, ergäben sich Zusatzkosten für den Staatshaushalt in der Höhe von rund 412 Mio. €. Die benötigten Mittel sind in einen entsprechenden Nachtragshaushalt einzustellen.

2. Für die Krankenhäuser und deren Träger

Für die Krankenhäuser entstehen durch die höhere Investitionskostenförderung finanzielle Spielräume, die sie für Zukunftsprojekte wie die Schaffung von Personalwohnraum oder die energetische Sanierung nutzen können und sollen.

3. Für die Kreise und kreisfreien Städte

Für die Kreise und kreisfreien Städte entstehen durch diesen Gesetzentwurf keine zusätzlichen Kosten.

4. Für die gesetzliche und die private Krankenversicherung
Für die gesetzliche und die private Krankenversicherung entstehen keine zusätzlichen Kosten. Einsparungen durch niedrigere Betriebskosten der Krankenhäuser infolge von energetischen Sanierungen sind wahrscheinlich, in ihrem Umfang aber nicht zu beziffern.
5. Für die Bürgerinnen und Bürger in Bayern
Für die Bürgerinnen und Bürger in Bayern entstehen keine zusätzlichen Kosten.

Gesetzentwurf

zur Änderung des Bayerischen Krankenhausgesetzes

§ 1

Das Bayerische Krankenhausgesetz (BayKrG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 28. März 2007 (GVBl. S. 288, BayRS 2126-8-G), das zuletzt durch § 2 des Gesetzes vom 5. Juli 2022 (GVBl. S. 306) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Art. 9 Abs. 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) ¹Die Fördermittel für Investitionskosten sind so zu bemessen, dass sie die förderfähigen, nach der Aufgabenstellung des Krankenhauses und den Grundsätzen von Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit notwendigen Kosten decken. ²Die jährliche Gesamthöhe der Fördermittel für Investitionskosten richtet sich nach den jeweils aktuellen, vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gemäß § 10 KHG veröffentlichten Investitionsbewertungsrelationen und nach der Gesamtzahl der entlassenen vollstationären Patientinnen und Patienten gemäß Krankenhausstatistik. ³Der Förderung liegen die Feststellungen über die Aufnahme in den Krankenhausplan zugrunde.“

2. Art. 11 Abs. 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Investitionskosten für

1. die Errichtung von Krankenhäusern (Umbau, Erweiterungsbau, Neubau) einschließlich der hiermit in notwendigem Zusammenhang stehenden Erstausrüstung mit den für den Krankenhausbetrieb erforderlichen Anlagegütern,
2. die Errichtung, Erweiterung und Sanierung von Wohngebäuden zur Nutzung insbesondere durch das Pflegepersonal des Krankenhauses,
3. Maßnahmen der energetischen Sanierung des Krankenhauses,
4. die Wiederbeschaffung einschließlich der Ergänzungsbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 15 Jahren,
5. die Ergänzungsbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei Jahren und bis zu 15 Jahren (kurzfristige Anlagegüter), soweit die Ergänzung über die übliche Anpassung an die medizinische und technische Entwicklung wesentlich hinausgeht,

werden gefördert (Einzelförderung), wenn die Kosten für das einzelne Vorhaben die Wertgrenze gemäß Art. 12 Abs. 1 Nr. 2 übersteigen.“

§ 2

Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 2023 in Kraft.

Begründung:**Allgemeines**

Zuständigkeit von Bund und Ländern in Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes besteht für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a des Grundgesetzes – GG). In diesem Bereich der konkurrierenden Gesetzgebung hat das Land eine Gesetzgebungskompetenz, solange und soweit der Bund von seinem Gesetzgebungsrecht nicht Gebrauch gemacht hat (Art. 72 Abs. 1 GG). Darüber hinaus hat der Bundesgesetzgeber in einer Reihe von Bestimmungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) den Ländern ausdrücklich die Möglichkeit eröffnet, durch Landesrecht Näheres oder Abweichendes zu bestimmen. So ist in § 5 Abs. 1 Nr. 8 KHG zwar normiert, dass „die mit den Krankenhäusern verbundenen Einrichtungen, die nicht unmittelbar der stationären Krankenversorgung dienen, insbesondere die nicht für den Betrieb des Krankenhauses unerlässlichen Unterkunfts- und Aufenthaltsräume“ nicht förderfähig sind. Dieser Förderausschluss würde auf Personalwohnungen für das Pflegepersonal an Krankenhäusern zutreffen. Gleichzeitig kann gemäß § 5 Abs. 2 KHG „durch Landesrecht (...) bestimmt werden, daß die Förderung nach diesem Gesetz auch den in Absatz 1 Nr. 2 bis 8 bezeichneten Krankenhäusern und Einrichtungen gewährt wird.“

Der Krankenhausfinanzierung liegt das duale Finanzierungssystem zugrunde: Nach Maßgabe des KHG werden die Krankenhäuser wirtschaftlich gesichert, indem die Investitionskosten eines Krankenhauses durch öffentliche Fördermittel finanziert werden und das Krankenhaus die Betriebs- und Behandlungskosten über Erlöse aus den Pflegesätzen sowie Vergütungen für vor- und nachstationäre Behandlung und für ambulantes Operieren erhält (§ 4 KHG). Investitionskosten werden durch das KHG und die bundesrechtliche Abgrenzungsverordnung (AbgrV) bestimmt und abgegrenzt (vgl. § 2 Nr. 2 und 3 sowie § 17 Abs. 4 Nr. 1 KHG, § 1 AbgrV). Landesgesetzlich zu regeln ist das Aufbringen von Fördermitteln für die notwendigen Investitionskosten sowie das Ausgestalten der Förderung. Wohngebäude zur Nutzung durch das Pflegepersonal des Krankenhauses sind Anlagegüter im Sinne von § 2 AbgrV und gemäß § 3 Abs. 2 AbgrV nicht pflegesatzfähig. Maßnahmen der energetischen Sanierung sind Instandhaltungskosten im Sinne von § 4 AbgrV und werden nach § 17 Abs. 4b Satz 3 KHG pauschal finanziert.

Im Einzelnen**Zu § 1:****Zu Nr. 1 – Art. 9:**

Abs. 1 Satz 1 und 3 entspricht den bisherigen Regelungen. Mit der Änderung in Abs. 1 Satz 2 setzt der Freistaat Bayern seine aus dem KHG sich ergebenden Investitionsverpflichtungen verbindlich um und sorgt damit für qualitätsgesicherte patienten- und mitarbeitergerechte Krankenhäuser auf dem aktuellen Stand der technischen und medizinischen Entwicklung. Insbesondere werden damit auch Mittel für die energetische Sanierung der Krankenhäuser und für den Bau von Personalwohnungen bereitgestellt. Derzeit müssen die Krankenhäuser in Bayern in deutlich größerem Ausmaß in den Erhalt und Ausbau ihrer Infrastruktur investieren, als sie Fördermittel im Rahmen der staatlichen Investitionsförderung erhalten. Die Investitionen der Krankenhäuser werden in nicht unerheblichem Umfang aus Eigenmitteln und damit auch aus Pflegesätzen und Vergütungen seitens der Krankenkassen finanziert. Expertinnen und Experten gehen davon aus, dass rund die Hälfte der Krankenhausinvestitionen über die DRG-Vergütung finanziert wird. Deutschlandweit wird der Investitionsstau auf 16 bis 50 Mrd. € beziffert. Nach einer aktuellen Studie der Deutschen Krankenhausgesellschaft fehlen den Krankenhäusern jedes Jahr rund 3 Mrd. € an Investitionen. Die Zweckentfremdung von DRG-Mitteln zur Finanzierung von Investitionen führt zu einem enormen Kostendruck auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und zu einer Mengenausweitung bei stationären Leistungen. Die unzureichende und verzögerte öffentliche Investitionsförderung hat eine abnehmende Akzeptanz von staatlichen Planungsentscheidungen und eine sich beschleunigende unstrukturierte Privatisierung zur Folge. Im Freistaat Bayern hat der

Anteil der Krankenhäuser in privater Trägerschaft von 24 % im Jahr 1991 auf 42 % im Jahr 2015 zugenommen. Mehr und mehr Krankenhäuser verzichten auf die staatlichen Fördermittel. Die Investitionsquote der Krankenhäuser liegt derzeit bei etwa 5 % und bleibt damit weit unter der volkswirtschaftlichen Investitionsquote von rund 18 %.

Zur Bestimmung der Höhe der jährlichen staatlichen Krankenhausinvestitionen eignen sich die sogenannten Investitionsbewertungsrelationen, die vom Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus (InEK) jährlich auf Grundlage von § 10 KHG berechnet werden (vgl. InEK 2021: Abschlussbericht Entwicklung von Investitionsbewertungsrelationen gem. § 10 KHG für das Jahr 2021). Auf der Basis einer Stichprobe von Plankrankenhäusern werden die Investitionskosten für alle Maßnahmen kalkuliert, die ihrer Art nach förderfähig im Sinne des KHG sind. Das sind grundsätzlich Investitionen in Bereichen des Krankenhauses, die der stationären Krankenversorgung dienen und nicht ausdrücklich aus der Förderung ausgenommen werden. Ob und in welchem Umfang für eine förderfähige Investitionsmaßnahme tatsächlich Fördermittel gewährt wurden, ist für die Kalkulationsrelevanz der Maßnahme ohne Belang. Nach den Berechnungen des InEK liegen die mittleren Investitionskosten je Fall derzeit bei rund 341 Mio. €. Nach den Zahlen des Landesamts für Statistik wurden im Jahr 2019 in Bayern 3 094 589 Fälle stationär in Krankenhäusern behandelt. Dies ergibt einen jährlichen Investitionsbedarf von aktuell rund 1 055 Mio. €. Im aktuellen Staatshaushalt sind insgesamt 643,4 Mio. € pro Jahr für Krankenhausinvestitionen vorgesehen. Daraus ergibt sich ein jährlicher zusätzlicher Finanzbedarf von 411,9 Mio. €.

Zu Nr. 2 – Art. 11:

Trotz der mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz eingeführten Möglichkeit für die Krankenhäuser, jede zusätzliche und jede aufgestockte Pflegestelle am Bett vollständig von den Kostenträgern refinanziert zu bekommen, besteht nach wie vor ein erheblicher Personalmangel in der stationären Akutversorgung. Gemäß einer aktuellen Untersuchung im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung fehlen bundesweit allein auf den Intensivstationen bis zu 50 000 Pflegekräfte. Die Situation hat sich zwar durch die Coronapandemie verschärft und ist auch in die Aufmerksamkeit der Bevölkerung gerückt. Die Probleme von Personalmangel und chronischer Überlastung der Pflegekräfte bestanden allerdings schon vor der Pandemie. Nach Angaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft blieben auf den Normalstationen 2021 bundesweit rund 14 000 Stellen für examinierte Pflegefachkräfte unbesetzt. Vor 5 Jahren waren es demgemäß nur 3 900 unbesetzte Stellen. Bis eine Fachkraft eingestellt wurde, habe es 2021 durchschnittlich 17 Wochen gedauert. Das Vorhaben der Bundesregierung, die Pflegepersonalregelung (PPR) 2.0 einzuführen, wird nach Schätzungen von Expertinnen und Experten zu einem zusätzlichen Bedarf von bundesweit 40 000 bis 80 000 Vollzeitpflegekräften in den Krankenhäusern führen. Neben den Stellen, die bereits jetzt durch Personalmangel unbesetzt sind, müssten in der Krankenhauspflege deutschlandweit insgesamt mindestens 150 000 Stellen zusätzlich besetzt werden, um die Personalbesetzung im Pflegedienst von Krankenhäusern auf das Niveau der Schweiz oder von Dänemark anzuheben.

Das monatliche Durchschnittsgehalt für Vollzeitpflegekräfte liegt in Bayern derzeit bei etwa 3 500 €, in einigen Ballungsgebieten oder Pflegefunktionsbereichen auch etwas darüber. Der aktuelle Mietspiegel weist für München eine Nettokaltmiete von 12,05 € pro Quadratmeter für Bestandsmieten aus. Bei Neuvermietungen liegt die durchschnittliche Nettokaltmiete derzeit bei knapp unter 18 € pro Quadratmeter. Bei einem verfügbaren monatlichen Nettoeinkommen von rund 2 250 € müsste eine alleinstehende Pflegekraft für eine 50 Quadratmeter große Wohnung 27 % ihres Einkommens für die Kaltmiete im Bestand bzw. 40 % bei einer Neuvermietung aufwenden.

Neben den Pflegekräften sollen die Personalwohnungen auch anderen beschäftigten Personengruppen mit geringem oder durchschnittlichem Einkommen zur Verfügung stehen.

Die jährlichen Gesamtausgaben der rund 2 100 deutschen Krankenhäuser liegen bei rund 60 Mrd. € (Quelle: Statistisches Bundesamt). Ca. 1,5 Mrd. € davon entfallen auf den Energieverbrauch (Quelle: Institut für Energie und Umwelt BFE). Durchschnittlich werden pro Bett und Jahr ca. 6 000 kWh Strom und 29 000 kWh Wärme verbraucht; das entspricht dem Jahreswärmebedarf von zwei neueren Einfamilienhäusern. Pro

Krankenhäuser werden in Deutschland jährlich 500 000 Euro für Energie ausgegeben. Je nach Alter und Größe des Krankenhauses könnten Schätzungen zufolge rund 40 % Strom und 32 % Wärme eingespart werden.

Bereits in den beiden Jahren vor der derzeitigen Energiekrise sind die Energiepreise deutlich gestiegen. Die weiter steigenden Energiekosten ziehen finanzielle Mittel aus der Versorgung der Patientinnen und Patienten ab. Kurzfristige Ausgleichszahlungen, wie derzeit von den Krankenhausgesellschaften gefordert, können möglicherweise Insolvenzen verhindern, geben den Krankenhäusern aber keinen finanziellen Spielraum für mittel- und längerfristige Investitionen in ihre energetische Sanierung. Die Krankenhäuser sind in Bayern durch jahrzehntelange Defizite in der staatlichen Investitionsförderung strukturell unterfinanziert. Die meisten Krankenhäuser mussten die knappen Investitionsmittel in den Erhalt und die Sanierung von patientennahen Bereichen, wie Operationssäle, Modernisierung der Medizintechnik und Gebäudeerweiterung, einsetzen. Nur wenige Standorte waren in der Lage – meist aus Eigenmitteln – ihre Energieanlagen oder ihre Wärmeerzeugungsanlagen zu modernisieren und damit wirkliche Energieeffizienz zu erreichen. Durch die Zweigleisigkeit von DRG-System und Verantwortung der Länder für die Investitionskosten entsteht eine negative Rückkopplung: Die Energiekosten müssen aus dem ohnehin knappen DRG-Budget gezahlt werden; energieeffizientere Infrastruktur, die diese Kosten sparen helfen würde, müsste aber über die Investitionszahlungen der Länder geschaffen werden. Die größten Potenziale zur Steigerung der Energieeffizienz in den Krankenhäusern liegen in der Gebäudehülle, den Heizungen und den Klimaanlageanlagen, weil dort wegen der Investitionsdefizite oftmals veraltete Technologien eingesetzt werden. Bei Einsatz entsprechender Technologie ist mit einem Einsparpotential im Wärmebereich von 50 % zu rechnen.

Gemäß einer aktuellen Umfrage der Deutschen Krankenhausgesellschaft sehen 63 % der befragten Kliniken Verbesserungsmöglichkeiten im Bereich der Energie- und Stromversorgung. Bei der Wärmeversorgung sieht jedes zweite Krankenhaus Handlungsbedarf, etwa bei den technischen Anlagen, der Wärmerückgewinnung und dem Primärenergiemix. Im Rahmen der Untersuchung wurden auch zentrale Kennzahlen der Wärmeerzeugung abgefragt. Bei den genutzten Energieträgern dominierte Erdgas mit 92 %, Fernwärme und leichtes Heizöl waren als Energieträger bei rund der Hälfte der Kliniken im Einsatz. Für alle Krankenhäuser in Deutschland besteht nach den Zahlen der Deutschen Krankenhausgesellschaft ein Finanzbedarf zur energetischen Sanierung im mittleren zweistelligen Milliardenbereich.

Als Maßnahmen der energetischen Sanierung von Krankenhäusern kommen insbesondere folgende Maßnahmen in Frage:

- Austausch veralteter, energieintensiver Geräte durch moderne Geräte mit verbesserten energetischen Leistungen
- Einsatz von Blockheizkraftwerken mit Kraft-Wärme-Kopplung
- Einbau von Photovoltaikanlagen
- Optimierung oder Erneuerung von Anlagen zur Wärmeerzeugung, etwa durch Abgaswärmetauscher
- Solare Erzeugung von Brauchwarmwasser
- Wärmerückgewinnung, z. B. aus Abwärme von luftgekühlten Kompressoren und Kühlanlagen, aus Verbrennungswärme von Warmwasser- oder Dampfkesseln, aus Abwärme in der Abluft von Trocknern, Großraumküchen oder Serverräumen
- Einsatz von Wärmerückgewinnungssystemen in Lüftungs- und Klimaanlageanlagen
- Ersatz von Kompressionskältemaschinen durch thermische Kältemaschinen
- Einsatz von Verfahren der natürlichen, der solarthermischen oder der sorptionsgestützten Kühlung
- Verbesserung der Isolierung von Wänden und Fenstern

Nach Art. 12 besteht auch für Maßnahmen zur Schaffung von Personalwohnraum und zur energetischen Sanierung die Möglichkeit, diese bis zu einem bestimmten Finanzvolumen im Rahmen von Jahrespauschalen zu fördern.

Zu § 2

§ 2 regelt das Datum des Inkrafttretens des Gesetzes.