

## **Verordnung des Finanzministeriums zur Änderung der Beihilfeverordnung**

Vom 30. Oktober 2008

Es wird im Einvernehmen mit dem Innenministerium verordnet auf Grund von

1. §§ 101 und 113 a Abs. 4 des Landesbeamtengesetzes in der Fassung vom 19. März 1996 (GBl. S. 286), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 17. Februar 2004 (GBl. S. 66), und
2. § 8 des Landesrichtergesetzes in der Fassung vom 22. Mai 2000 (GBl. S. 504):

### Artikel 1

Die Beihilfeverordnung vom 28. Juli 1995 (GBl. S. 561), zuletzt geändert durch Artikel 10 des Gesetzes vom 17. Februar 2004 (GBl. S. 66), wird wie folgt geändert:

1. § 1 wird folgender Absatz 5 angefügt:

„(5) Für Personen, die nach § 193 Abs. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes oder anderen Rechtsvorschriften verpflichtet sind, einen Versicherungsschutz für sich und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen für ambulante und stationäre Krankheits- und Pflegefälle abzuschließen und aufrecht zu erhalten, wird Beihilfe nur gewährt, solange dieser Verpflichtung entsprochen wird. Jeder bestehende Versicherungsschutz für Krankheits- und Pflegefälle ist nach Art und Umfang, einschließlich abgeschlossener Zusatzversicherungen und Wahltarife nach § 53 des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB V), nachzuweisen.“

2. In § 4 Abs. 1 wird Nummer 2 durch folgende Nummern 2 bis 4 ersetzt:

„2. aus einem neuen Dienstverhältnis die Beihilfeberechtigung aus einem älteren Dienstverhältnis,

3. auf Grund eines neuen Versorgungsbezugs die Beihilfeberechtigung auf Grund eines älteren Versorgungsbezugs; bei gleichzeitigem Beginn

von zwei Versorgungsbezügen die Beihilfeberechtigung aus dem jüngeren die aus dem älteren Dienstverhältnis,

4. auf Grund eines Versorgungsbezugs aus einem eigenen Dienstverhältnis die Beihilfeberechtigung auf Grund eines Bezugs von Witwengeld oder Witwergeld“.

3. § 5 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 Nr. 1 Satz 2 und 3 erhalten folgende Fassung:

„Von der Beihilfegewährung ausgeschlossen sind auch

- a) Aufwendungen, die darauf beruhen, dass die bei dem aufgesuchten Leistungserbringer mögliche Dienst- oder Sachleistung nicht beansprucht wurde,
- b) Aufwendungen, die darauf beruhen, dass Kostenerstattung nach §§ 13 Abs.2, 53 Abs. 4, 64 Abs. 4 SGB V oder entsprechenden Vorschriften beansprucht wurde,
- c) Festbeträge für Arznei- und Verbandmittel nach § 35 SGB V,
- d) Aufwendungen, soweit sie infolge eines Abschlags für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 13 Abs. 2 SGB V oder entsprechenden Vorschriften nicht erstattet wurden; wird die Höhe des Abschlags nicht nachgewiesen, gelten 10 Prozent der Kostenerstattung als Abschlag.

Satz 2 Buchst. a und b gilt nicht für Leistungen nach Absatz 3 Satz 4 und für Wahlleistungen nach § 6a Abs. 2 und § 7.“

b) Absatz 4 Nr. 3 erhält folgende Fassung:

„3. Aufwendungen für medizinisch notwendige Leistungen, die als Folge von medizinisch nicht notwendigen Maßnahmen entstehen, insbesondere nach ästhetischer Operation, Tätowierung, Piercing,“.

c) In Absatz 4 Nr. 6 Satz 1 Buchstabe b) werden die Worte „, Schwäger, Schwägerinnen, Schwiegereltern“ gestrichen.

d) In Absatz 4 Nr. 7 werden die Worte „Abs. 5 Satz 2“ durch die Worte „Abs. 5 Satz 1“ ersetzt.

- e) In Absatz 4 Nr. 9 werden vor dem Wort „berufsfördernde“ die Worte „sozialpädagogische, sozialpädagogische, heilpädagogische, psychosoziale,“ eingefügt.
  - f) In Absatz 6 Satz 2 wird die Angabe „§ 5 Abs. 4 Nr. 4“ durch die Angabe „Absatz 4 Nr. 3 und 4“ ersetzt.
4. § 6 Abs. 1 wird wie folgt geändert:
- a) Nummer 2 erhält folgende Fassung:

„2. von Ärzten, Zahnärzten oder Heilpraktikern bei Leistungen nach Nummer 1 verbrauchte oder nach Art und Menge schriftlich verordnete Arzneimittel, Verbandmittel und Teststreifen für Körperflüssigkeiten. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Mittel, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen, für Diäten und Nahrungsergänzungsmittel sowie für Mittel, die zur Empfängnisregelung oder Potenzsteigerung verordnet sind. Das Finanzministerium bestimmt durch Verwaltungsvorschrift, unter welchen Voraussetzungen und inwieweit Elementar- und Formeldiäten (insbesondere Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate), Sondennahrung, Medizinprodukte sowie Mineralstoff- und Vitaminpräparate ausnahmsweise, gegebenenfalls unter Abzug eines Eigenanteils beihilfefähig sind,“.
  - b) In Nummer 3 werden vor Satz 2 folgende Sätze eingefügt: „ Aus der ärztlichen Verordnung müssen sich Art und genauer Umfang der Heilbehandlung sowie die Diagnose ergeben. Die Heilbehandlung muss von einem der folgenden Heilberufe in ihrer jeweiligen Qualifikation erbracht werden: Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut, Ergotherapeut, Krankengymnast, Logopäde, Masseur, medizinischer Bademeister, Neuropsychologe GNP, Physiotherapeut, Podologe.“
  - c) In Nummer 7 Buchst. a wird die Angabe „Nummer 9“ durch „§ 10a Nr. 4“ ersetzt.
  - d) Die Nummern 8 und 9 erhalten folgende Fassung:

„8. von Ärzten schriftlich verordnete ambulante spezialisierte Palliativversorgung, wenn wegen einer nicht heilbaren weiter fortschreitenden Erkrankung und zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwändige spezialisierte pflegerische Versorgung

notwendig ist, damit ein Verbleiben im häuslichen Bereich möglich ist. Ist nach ärztlicher Begründung die ambulante Versorgung nicht möglich oder nicht ausreichend, sind bei stationärer Palliativversorgung in Hospizen § 7 Abs. 7 Satz 2 bis 5 und § 9 Abs. 10 sinngemäß anzuwenden,

9. von Ärzten schriftlich verordnete ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen (§ 7) und verordneter Rehabilitationssport in besonderen Gruppen unter Betreuung und Überwachung durch Ärzte oder Personen nach Nummer 3 Satz 3.“
- e) Die bisherige Nummer 9 wird § 10a Nr. 4, in Satz 1 wird die Klammerangabe wie folgt gefasst: „(§ 6 Abs. 1 Nr. 3)“.
  - f) Nummer 10a wird § 10a Nr. 5, die Angabe „Nummer 6“ wird ersetzt durch „§ 6a“.
  - g) Nummer 10b Satz 1 wird § 10a Nr. 6, die Angabe „Nummer 3“ wird ersetzt durch „§ 6 Abs. 1 Nr. 3“; Satz 2 wird gestrichen.
  - h) Nummer 11 wird § 10a Nr. 7, die Angabe „der Nummern 1 bis 3, 6, 8 bis 10“ wird ersetzt durch „von § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 3, 9, § 6a und vorstehenden Nummern 3 bis 5“.
  - i) Nummer 12 wird § 10a Nr. 8.
5. § 7 Abs. 7 wird wie folgt geändert:
- a) In Satz 2 Nr. 4 wird die Angabe „§ 6 Abs. 1 Nr. 8 und 9“ durch die Worte „§ 6 Abs. 1 Nr. 9, §10a Nr. 3, sowie Fahrkosten nach § 10a Nr. 4 bis zu 120 Euro für die einfache Entfernung, darüber hinaus nur in ganz besonderen Fällen soweit nach eingehender ärztlicher Begründung keine näher gelegene Behandlungseinrichtung in Betracht kommt,“ ersetzt.
  - b) In Satz 4 werden vor dem Wort „Pauschalpreise“ die Worte „Die Einzelentgelte,“ eingefügt und die Angabe „3 bis 5“ durch die Angabe „4 und 5“ ersetzt..
  - c) Folgender Satz 5 wird angefügt „Bei Einrichtungen nach Absatz 4 und 5 ohne Preisvereinbarung gilt Satz 4 mit der Maßgabe, dass Preisvereinbarungen anderer entsprechender Einrichtungen maßgebend sind.“

6. § 8 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 5 Satz 2 wird das Wort „Heilkuren“ durch das Wort „Kuren“ und in Nummern 1 bis 3 das Wort „Heilkur“ jeweils durch das Wort „Kur“ ersetzt.
- b) In Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 sowie in § 12 Abs. 3 und § 14 Abs. 2 Nr. 1 wird jeweils die Angabe „§ 6 Abs. 1 Nr. 8“ durch „§ 10a Nr. 3“ ersetzt.  
In Nummer 2 wird die Angabe „§ 6 Abs. 1 Nr. 9“ durch die Worte „§ 10a Nr. 4 bis zu 120 Euro für die einfache Entfernung, darüber hinaus nur in ganz besonderen Fällen soweit nach eingehender ärztlicher Begründung kein näher gelegener Kurort in Betracht kommt,“ ersetzt.  
In Nummer 5 wird das Wort „Schwerbehinderte“ durch „schwerbehinderte Menschen“ ersetzt.

7. § 9 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

Satz 1 Nr. 1 bis 3 erhält folgende Fassung:

- „1. in Pflegestufe 1 bis zu 420 Euro, ab 1. Januar 2010 bis zu 440 Euro, ab 1. Januar 2012 bis zu 450 Euro je Kalendermonat,
2. in Pflegestufe 2 bis zu 980 Euro, ab 1. Januar 2010 bis zu 1040 Euro, ab 1. Januar 2012 bis zu 1100 Euro je Kalendermonat,
3. in Pflegestufe 3 bis zu 1470 Euro, ab 1. Januar 2010 bis zu 1510 Euro, ab 1. Januar 2012 bis zu 1550 Euro je Kalendermonat.“

Satz 4 Halbsatz 2 erhält folgende Fassung: „so sind Aufwendungen nach Satz 3 höchstens bis zum doppelten Betrag der Pflegestufe 1 beihilfefähig.“

- b) Absatz 4 Satz 2 Nr. 1 bis 3 erhält folgende Fassung:

- „1. in Pflegestufe 1 215 Euro, ab 1. Januar 2010 225 Euro, ab 1. Januar 2012 235 Euro je Kalendermonat,
2. in Pflegestufe 2 420 Euro, ab 1. Januar 2010 430 Euro, ab 1. Januar 2012 440 Euro je Kalendermonat,
3. in Pflegestufe 3 675 Euro, ab 1. Januar 2010 685 Euro, ab

1. Januar 2012 700 Euro je Kalendermonat."

An Absatz 4 wird folgender Satz angefügt: „Pauschalbeihilfe wird bis zum Ende des Kalendermonats gewährt, in dem der Pflegebedürftige verstorben ist; § 118 Abs. 3 und 4 SGB VI gilt entsprechend.“

c) Absatz 5 Satz 2 erhält folgende Fassung:

„Wird die Pflege vollstationär in Einrichtungen der Behindertenhilfe erbracht, so gelten als beihilfefähige Aufwendungen für die Pflege in der Einrichtung

1. in Pflegestufe 1 monatlich 245 Euro, ab 1. Januar 2010 monatlich 256 Euro,
2. in Pflegestufe 2 monatlich 393 Euro, ab 1. Januar 2010 monatlich 400 Euro,
3. in Pflegestufe 3 monatlich 638 Euro, ab 1. Januar 2010 monatlich 650 Euro.“

d) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

Nummer 1 erhält folgende Fassung:

„1. Wird die Pflege im Kalendermonat zeitweise sowohl durch Pflegekräfte (Absatz 3) als auch durch Pflegepersonen (Absatz 4) erbracht, so darf die Summe der nach den Absätzen 3 und 4 beihilfefähigen Beträge den nach der Pflegestufe zutreffenden Höchstbetrag in Absatz 3 im Kalendermonat nicht übersteigen (kombinierte Pflege).  
Wird teilstationäre Pflege im Kalendermonat zeitweise sowohl in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege (Absatz 3) oder in Einrichtungen der Behindertenhilfe (Absatz 5 Satz 1) als auch durch

- a) Pflege durch Pflegekräfte (Absatz 3), oder
- b) Pflege durch Pflegepersonen (Absatz 4) , oder
- c) kombinierte Pflege (Satz 1)

erbracht, so gilt für jede Pflegeform der einschlägige Höchstbetrag, insgesamt aber im Kalendermonat begrenzt auf 150 Prozent des nach der Pflegestufe zutreffenden Höchstbetrags in Absatz 3.“

In Nummer 2 wird die Zahl „1432“ durch die Worte „1470 Euro, ab 1. Januar 2010 bis zu 1510 Euro und ab 1. Januar 2012 bis zu 1550“ ersetzt.

In Nummer 3 werden nach den Worten „Beratungen nach“ die Worte „§ 7a Abs. 1 und“ eingefügt.

- e) In Absatz 7 Satz 1 wird die Zahl „1432“ durch die Worte „1470 Euro, ab 1. Januar 2010 bis zu 1510 Euro und ab 1. Januar 2012 bis zu 1550“ ersetzt.

8. § 10 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 4 erhält folgende Fassung:

„(4) Beihilfefähig sind Aufwendungen für Schutzimpfungen, die auf Grund des Infektionsschutzgesetzes angeordnet oder von der obersten Gesundheitsbehörde des Landes öffentlich empfohlen sind. Die Beihilfestelle kann die Kosten einer Impfung in einer Dienststelle voll übernehmen, wenn dies kostengünstiger als Beihilfe zu privatärztlichen Einzelimpfungen ist.“

- b) Folgender Absatz 5 wird angefügt:

„(5) Reichen bei gefährdeter Gesundheit Maßnahmen nach Absatz 1 und 3 nicht aus, kann Beihilfe zu Aufwendungen für qualitätsgeprüfte ambulante Maßnahmen entsprechend § 137d SGB V gewährt werden, die unter ärztlicher Betreuung und Überwachung von Angehörigen der Heilberufe (§ 6 Abs. 1 Nr. 3 Satz 3, gegebenenfalls in Verbindung mit Nummer 1.1 der Anlage) durchgeführt werden.“

9. Nach § 10 wird folgender § 10a eingefügt:

„§ 10a

Sonstige Aufwendungen

Beihilfefähig sind außerdem die Aufwendungen für

1. von Ärzten schriftlich verordnete ambulante sozialmedizinische Nachsorge für chronisch oder schwerstkranke Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr im Anschluss an eine stationäre Maßnahme, wenn dadurch die stationäre Maßnahme verkürzt wird oder die nachfolgende ambulante Weiterbehandlung gesichert wird,
2. von Ärzten schriftlich verordnete ambulante Soziotherapie bis zu 120 Stunden innerhalb von drei Jahren, wenn die Person wegen schwerer psychischer Erkrankung nicht in der Lage ist, ärztliche, ärztlich verordnete oder psychotherapeutische Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen und soweit dadurch nach § 6 beihilfefähige Aufwendungen erspart werden,

3. Familien- und Haushaltshilfe. Voraussetzung ist, dass
- a) die sonst den Haushalt allein oder überwiegend führende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person wegen ihrer notwendigen außerhäuslichen Unterbringung (§§ 6a bis 9, Nummer 5) den Haushalt nicht weiterführen kann,
  - b) im Haushalt mindestens ein berücksichtigungsfähiges Kind verbleibt, das das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, und
  - c) keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt, gegebenenfalls auch an einzelnen Tagen, weiterführen kann.

Dies gilt auch für bis zu sieben, in ärztlich begründeten Fällen bis zu weiteren 14 Tagen nach Ende der außerhäuslichen Unterbringung. § 6 Abs. 1 Nr. 7 Satz 3 gilt entsprechend. Anstelle einer außerhäuslichen Unterbringung nach Buchstabe a kann auch eine langfristige häusliche Bettlägerigkeit, insbesondere bei Problemschwangerschaft, oder langfristige krankheitsbedingte Unfähigkeit zur Verrichtung der häuslichen Tätigkeiten Voraussetzung sein; in diesen Fällen wird Beihilfe für Familien- und Haushaltshilfe ab Beginn der fünften Woche gewährt, wenn mindestens ein Kind unter zwölf Jahren vorhanden ist. Werden anstelle der Beschäftigung einer Familien- und Haushaltshilfe Kinder unter zwölf Jahren in einem Heim oder in einem fremden Haushalt untergebracht, so sind die Aufwendungen hierfür bis zu den sonst notwendigen Kosten einer Familien- und Haushaltshilfe beihilfefähig. Die Kosten für eine Unterbringung im Haushalt eines nahen Angehörigen (§ 5 Abs. 4 Nr. 6 Buchst. a) sind mit Ausnahme der Fahrkosten (Nummer 4) nicht beihilfefähig,“.

10. § 11 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Nr. 2 wird die Angabe „8 und 9“ durch die Worte „§§ 6a, 7 Abs. 1 Nr.1, §10a Nr. 3 und in Einrichtungen der Geburtshilfe, die von Hebammen geleitet werden“ ersetzt.  
In Nummer 4 wird das Wort „Krankenanstalt“ durch die Worte „von Hebammen geleiteten Einrichtung der Geburtshilfe oder in einem Krankenhaus“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 wird die Zahl „155“ durch die Zahl „250“ ersetzt.

11. § 13 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Worte „, wenn es sich um Aufwendungen nach § 6, § 7 Abs. 1 Nr. 1 und §§ 9 bis 12 handelt und nur“ gestrichen; am Schluss



des Satzes wird folgender Halbsatz angefügt : „; nicht beihilfefähig sind außerhalb der Europäischen Gemeinschaft und der Schweiz entstandene Aufwendungen nach § 6a Abs. 1 Nr. 3, § 7 Abs. 1 Nr. 3 und 4, §§ 8, 10a und 15 Abs. 4.“

- b) In Absatz 2 Satz 1 werden nach dem Wort „beihilfefähig,“ die Worte „jedoch unter Beachtung der beihilferechtlichen Ausschlüsse und Höchstbeträge,“ eingefügt.

Folgende Nummer 4 wird angefügt:

„4. bei Beihilfeberechtigten mit dienstlichem Wohnsitz im Ausland, die ins Ausland abgeordnet oder zugewiesen sind, und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen; die Aufwendungen sind unter Beachtung der Verhältnisse im Gastland in angemessenem Umfang beihilfefähig.“

12. § 14 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 4 wird die Angabe „§ 4 Abs. 1 Nr. 2“ durch „§ 4 Abs. 1 Nr. 3“ ersetzt.
- b) An Absatz 4 wird folgender Satz angefügt: „Satz 1 gilt nicht für Belege, zu denen keine oder nur eine geringere als die übliche Kassenleistung gewährt wird, insbesondere wegen eines Wahltarifs mit Selbstbehalt.“

13. § 15 Abs. 4 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 2 wird das Wort „ebenfalls“ gestrichen und die Zahl „14“ durch die Zahl „22“ ersetzt.
- b) In Satz 3 wird die Zahl „10“ durch die Zahl „14“ ersetzt.

14. § 17 wird wie folgt geändert:

- a) An Absatz 1 wird folgender Satz angefügt: „Die Beihilfestelle kann elektronische Antragstellung zulassen und die dafür erforderlichen Standards festlegen.“
- b) In Absatz 4 werden nach Satz 2 folgende Sätze eingefügt:  
„Auf im Inland ausgestellten Arzneimittelrezepten muss die Pharmazentralnummer angegeben sein. Beihilfe zu Aufwendungen für Arzneimittel wird für Perso-

nen, die eine elektronische Gesundheitskarte nach § 291a SGB V erhalten haben, grundsätzlich nur gewährt, wenn dabei die Karte eingesetzt wird.“

15. § 19 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 erhält folgende Fassung:

„(1) Kinder gelten übergangsweise nach § 3 weiterhin als berücksichtigungsfähig, wenn sie im Sommersemester 2006 oder im Wintersemester 2006/07 an einer Hochschule eingeschrieben waren, solange sie die im Einkommensteuergesetz in der bis 31. Dezember 2006 geltenden Fassung genannten Voraussetzungen für den Kindergeldbezug weiterhin erfüllen, längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres zuzüglich Wehr- oder Ersatzdienstzeiten oder davon befreiender Tätigkeit als Entwicklungshelfer. § 3 Abs. 3 und § 14 Abs. 1 Satz 3 finden Anwendung.“

b) An Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

„Gleiches gilt für solche Beträge in § 9, wenn durch Verordnung der Bundesregierung nach § 30 SGB XI gleiche Beträge in entsprechenden Vorschriften geändert werden.“

16. Die Anlage zur Beihilfeverordnung wird wie folgt geändert:

a) Nummer 1.2.1 Buchst. c erhält folgende Fassung:

„c) Aufwendungen für besondere individuelle Zahngestaltung, Charakterisierung, besondere Farbauswahl und Farbgebung, Bemalen, Bleaching.“

b) In Nummer 1.2.2 werden die Worte „stets der nach § 30 Abs.2“ durch die Worte „mindestens der nach § 55 Abs. 1“ ersetzt.

c) Nummer 1.4 bis 1.4.1 erhält folgende Fassung:

„1.4 Es gelten folgende Voraussetzungen, Beschränkungen und Höchstbeträge:

1.4.1 Für Heilbehandlungen nach § 6 Abs. 1 Nr. 3 die in der Anlage 4 zur Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) genannten;“

d) In Nummer 1.4.2 werden die Worte „nach Anlage 1 zu den BhV“ durch die Worte „die in Anlage 2 zur BBhV genannten, abweichend davon“ ersetzt.

- e) In Nummer 1.5.1 werden die Worte „Hinweis 1 und 2 zu § 6 Abs. 2 BhV“ durch die Worte „Anlage 1 zur BBhV“ ersetzt.
- f) In Nummer 1.5.3 werden die Worte „Anlage 1 zu den BhV“ durch die Worte „Anlage 2 zur BBhV“ ersetzt.
- g) In Nummer 2.1 werden in der Zeile „Sprachverstärker“ die Worte „nach Kehlkopfresektion“ gestrichen.

## Artikel 2

- (1) Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2009 in Kraft, soweit nachfolgend nichts anderes bestimmt ist.
- (2) Artikel 1 Nr. 7 tritt mit Wirkung vom 1. Juli 2008, Artikel 1 Nr. 16 Buchst. c bis f treten mit Inkrafttreten der neuen Bundesbeihilfeverordnung in Kraft.
- (3) Für die vor dem Inkrafttreten dieser Verordnung entstandenen Aufwendungen sind die bisher geltenden Vorschriften anzuwenden. § 4 Abs. 1 Nr. 4 der Beihilfeverordnung (BVO) ist nicht anzuwenden, wenn und solange für den anderen Beihilfeanspruch eine entgegengesetzte Konkurrenzvorschrift gilt.

Stuttgart, den 30. Oktober 2008

gez.

Willi Stächele  
Finanzminister