

## Antwort

### der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Harald Weinberg, Diana Golze, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.  
– Drucksache 17/8757 –**

### Nichtzahler-Tarif in der privaten Krankenversicherung

#### Vorbemerkung der Fragesteller

Die private Krankenversicherung (PKV) klagt über säumige Beitragszahler. Insgesamt seien bis September 2011 Fehlbeträge von 554 Mio. Euro bei 142 800 Versicherten aufgelaufen (vgl. Capital vom 15. Dezember 2011, S. 10).

Die Bundesregierung reagierte auf diese Berichte des Verbandes der privaten Krankenversicherung damit, dass sie nun einen „Nichtzahler-Tarif“ prüft. Nach Medienberichten soll er 80 bis 100 Euro monatlich kosten und nur eine Notfallversorgung umfassen, also Leistungen bei akuten Erkrankungen und Schmerzen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft. Die privaten Versicherungsunternehmen versprechen sich davon, dass bislang säumige Versicherte diesen verringerten Beitrag bezahlen und damit die Versicherungen und die Versichertengemeinschaft entlasten.

Auch in der privaten Krankenversicherung trat 2009 mit dem Ziel, alle Menschen mit Wohnsitz in Deutschland auf dem Niveau der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu versichern, die Versicherungspflicht in Kraft. Es wurde der Basistarif geschaffen, in den die privaten Versicherungen jede und jeden unabhängig von Vorerkrankungen aufnehmen müssen, sofern er oder sie zuletzt PKV-versichert war.

Mit der nun beabsichtigten Neuregelung wird das Ziel einer Krankenversicherung für alle auf GKV-Niveau aufgegeben. Statt die Probleme im Basistarif zu lösen, in dem de facto eine Versorgung dritter Klasse stattfindet (vgl. Bundestagsdrucksachen 17/4782 und 17/5524), scheint sich die Bundesregierung nun der Schaffung einer vierten Klasse von Krankenversicherten zu widmen.

#### Vorbemerkung der Bundesregierung

Für Personen, die der Pflicht zur Versicherung in der privaten Krankenversicherung unterliegen, aus finanziellen Gründen die Beiträge für eine private Krankenversicherung jedoch nicht oder nicht vollständig aufbringen können, bestehen bereits gesetzliche Regelungen, die im Bedarfsfall eine Reduzierung des Beitrags und erforderlichenfalls zudem eine teilweise oder sogar vollständige

Übernahme der Beiträge durch die Grundsicherungsträger vorsehen. Es gibt keine Hinweise darauf, dass diese Regelungen ihren Zweck nicht erfüllen. Bei den säumigen Beitragszahlern, auf die sich die Fragen beziehen, handelt es sich hingegen um Personen, die die Beiträge nicht leisten, obwohl sie dazu finanziell in der Lage wären.

1. Gibt es derzeit schon private Krankenversicherungen, die einen Tarif mit vergleichbaren Leistungen und einer vergleichbaren Prämie anbieten?

Ein „Nichtzahler-Tarif“ existiert in der privaten Krankenversicherung gegenwärtig nicht. Gemäß § 193 Absatz 6 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) ruht gegenwärtig eine private Krankenversicherung, wenn der versicherungspflichtige Versicherungsnehmer mit den Beiträgen im Rückstand ist. Während der Ruhenszeit haftet der Versicherer ausschließlich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind (§ 193 Absatz 6 Satz 6 VVG).

2. Unterstützt die Bundesregierung das Anliegen der privaten Krankenversicherung, einen Nichtzahler-Tarif einzuführen?

Etwa seit Mitte der 90er-Jahre hat die Zahl der Nichtversicherten in Deutschland zunächst deutlich zugenommen. Nach den Erhebungen des Statistischen Bundesamtes im Rahmen des Mikrozensus war diese Zahl von geschätzten 105 000 Personen im Jahr 1995 auf über 150 000 Personen im Jahr 1999 und auf 188 000 Personen im Jahr 2003 angestiegen. Vor diesem Hintergrund hat der Gesetzgeber mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) für alle Personen ohne Anspruch auf anderweitige Absicherung im Krankheitsfall die Pflicht zur Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV, ab 1. April 2007) oder in der privaten Krankenversicherung (PKV, ab 1. Januar 2009) eingeführt. Dabei orientiert sich die Zuordnung zur GKV oder PKV daran, wo die betreffende Person zuletzt versichert war bzw. welchem Versicherungssystem sie nach der gesetzgeberischen Werteentscheidung zuzuordnen ist. Analog zur GKV wurde zudem auch für die PKV die vormals bestehende Möglichkeit des Versicherungsunternehmens, eine Krankenvollversicherung bei Beitragsrückständen zu kündigen, ausgeschlossen. Der Anstieg der Zahl der sog. Nichtzahler in der PKV dürfte sich auch auf diese Maßnahme zurückführen lassen. Entsprechend den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts in seinem Urteil vom 10. Juni 2009 zum GKV-WSG (Aktenzeichen 1 BvR 706/08, 1 BvR 814/08, 1 BvR 819/08, 1 BvR 837/08) beobachtet die Bundesregierung die Folgen der Gesundheitsreform für die Versicherungsunternehmen und prüft, ob eine Anpassung der Gesetze im Hinblick auf die Erfahrungen mit der Anwendung der neuen Regeln erforderlich ist. Die Überlegungen zur Einführung eines sogenannten Nichtzahler-Tarifs stehen mit dieser Beobachtungspflicht der Bundesregierung in Zusammenhang.

3. Prüft die Bundesregierung, auch in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) einen solchen Nichtzahler-Tarif einzuführen vor dem Hintergrund der vorhandenen Zahlungsverhältnisse in der GKV (bitte begründen)?

Auch in der gesetzlichen Krankenversicherung gibt es Mitglieder, die mit Beitragszahlungen säumig sind. Es ist dauerhafte Aufgabe der Krankenkassen, Beitragsforderungen gegenüber ihren Mitgliedern durchzusetzen. Hierzu stehen den Krankenkassen mehrere Sanktionsinstrumente zur Verfügung, die als ausreichend angesehen werden. Zu nennen sind hier Ratenzahlungsvereinba-

rungen mit dem säumigen Mitglied, die Erhebung von Säumniszuschlägen, der Einzug der Beiträge im Wege der regulären Vollstreckung oder das Ruhen der Leistungen nach § 16 Absatz 3a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Die Einführung eines Nichtzahler-Tarifs in der GKV ist seitens der Bundesregierung nicht beabsichtigt.

4. Ist für die Einführung eines solchen Nichtzahler-Tarifs eine Gesetzesänderung notwendig?

Falls ja, welche Gesetzesnormen wären betroffen?

Für die Schaffung eines Nichtzahler-Tarifs wären voraussichtlich Änderungen im Versicherungsvertragsgesetz und im Versicherungsaufsichtsgesetz erforderlich. Außerdem müssten unter Umständen Anpassungen im SGB V vorgenommen werden.

5. Soll die Möglichkeit bestehen, freiwillig in einen solchen Tarif zu wechseln bzw. sich dort zu versichern?
6. Wie viele Versicherte werden vermutlich freiwillig in diesen Tarif wechseln (bitte Größenordnung angeben)?
7. Können säumige Beitragszahlerinnen oder Beitragszahler gezwungen werden, in diesen Tarif zu wechseln?
8. Für wie viele Versicherte wird dieser Tarif vermutlich verpflichtend (bitte Größenordnung angeben)?
9. Wie kann ein Versicherter oder eine Versicherte freiwillig aus diesem Tarif aussteigen?
10. Was passiert, wenn ein Versicherter oder eine Versicherte in diesem Tarif die Beiträge über einen gewissen Zeitraum nicht zahlt?
11. Wie werden die Prämien kalkuliert, wie werden sie gesetzlich reguliert, und wie hoch sollen sie in etwa sein?
12. Kann die Prämienhöhe je nach Versicherungsgesellschaft variieren?
13. Soll die Prämienhöhe von dem Gesundheitszustand, dem Alter oder von sonstigen Merkmalen der zu versichernden Person abhängen?
14. Wie hoch werden voraussichtlich die Einsparungen der PKV durch diesen Tarif sein?
15. Wie hoch werden voraussichtlich etwa die Mehreinnahmen der PKV durch diesen Tarif sein?
16. Was passiert mit etwaigen Alterungsrückstellungen und Anwartschaften nach dem Wechsel in diesen Tarif?
17. Werden in diesem Tarif Altersrückstellungen gebildet?

Die Fragen 5 bis 17 werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Da die Prüfung des komplexen Sachverhalts noch nicht abgeschlossen ist, gibt es auch noch keine Entscheidung dazu, ob und wie auf die Veränderungen im Bereich der privaten Krankenversicherung gesetzlich reagiert werden sollte. Die Fragen können daher zu diesem Zeitpunkt noch nicht beantwortet werden.

18. Stehen Zahlungsver säumnisse im Zusammenhang mit den in den letzten Jahren stark gestiegenen Versicherungsprämien der privaten Krankenversicherung?

Gesicherte Erkenntnisse über die Ursachen von Beitragsrückständen in der PKV liegen der Bundesregierung nicht vor. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Entwicklung der letzten Jahre insbesondere durch die Einführung der Versicherungspflicht in der privaten Krankenversicherung bestimmt wurde.

19. Stehen die Zahlungsver säumnisse im Zusammenhang mit den steigenden Prämien bedingt durch das zunehmende Alter der Versicherten?

Auf die Antwort zu Frage 18 wird verwiesen.

20. Sieht die Bundesregierung bei den privaten Krankenversicherungen eine Mitverantwortung, wenn sie zunächst mit großem Vertriebsaufwand, hohen Provisionen und oft mit dem Argument, für Junge und Gesunde günstiger als die GKV zu sein, Kundinnen und Kunden anwirbt und später feststellt, dass diese nicht ausreichend solvent sind, um die steigenden Versicherungsprämien zu bezahlen?

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse vor, die darauf hindeuten, dass die in der Frage unterstellte Entwicklung ein für die gesamte private Krankenversicherung typisches Phänomen wäre. Anzeichen aus der Branche deuten zudem darauf hin, dass besonders günstig kalkulierte „Einsteigertarife“ oder durch hohe Abschlusskosten gekennzeichnete Angebote sich im Wettbewerb nicht dauerhaft bewähren und Versicherer solche Angebote wieder einstellen.

21. Wie nimmt die Bundesregierung zu dem Vorwurf Stellung, mit einem Nichtzahler-Tarif würde der gesellschaftlich erreichte Konsens aufgekündigt, dass allen Menschen mit Wohnsitz in Deutschland unabhängig von ihrem sozialen Status eine gesundheitliche Absicherung auf dem Niveau der GKV zusteht?

Auf die Vorbemerkung der Bundesregierung und die Antwort zu Frage 1 wird verwiesen.

Im Übrigen ist Folgendes anzumerken: In der GKV wie in der PKV ist der Leistungsumfang im Falle von Beitragsschulden auf Leistungen zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft beschränkt (sogenannte Ruhensleistungen); die GKV kommt außerdem für bestimmte Früherkennungsuntersuchungen auf. Die Ruhensleistungen entsprechen einer Absicherung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz.

Für hilfebedürftige Personen, die ihre Versicherungsbeiträge aus den verfügbaren finanziellen Mitteln nachweisbar nicht selbst aufbringen können, gilt die Beschränkung des Leistungsumfangs auf sogenannte Ruhensleistungen nicht. Hilfebedürftige privat krankenversicherte Personen haben außerdem stets die Möglichkeit, in den Basistarif zu wechseln. Die Leistungen im Basistarif entsprechen nach Art, Umfang und Höhe den Leistungen in der GKV. Die Versicherungsprämie im Basistarif ist auf den Höchstbeitrag in der GKV begrenzt, im Fall von Hilfebedürftigkeit des Versicherten wird der Versicherungsbeitrag halbiert. Können hilfebedürftige Personen auch diesen reduzierten Beitrag nicht aufbringen, leistet der jeweilige Grundsicherungsträger einen Zuschuss im erforderlichen Umfang.

22. Sieht die Bundesregierung einen Widerspruch zwischen der wachsenden Zahl von zahlungssäumigen und/oder hilfebedürftigen PKV-Versicherten und der Tatsache, dass die private Krankenversicherung Personengruppen vorbehalten ist, die nicht sozial schutzbedürftig sind?

Hält es die Bundesregierung für angezeigt, den Zuschnitt dieser Personengruppen anzupassen?

Sind tatsächlich alle privat krankenversicherten Personen nicht schutzbedürftig?

Vormals bzw. bislang privat Krankenversicherte, die die Voraussetzung der Versicherungspflicht in der GKV erfüllen, werden damit grundsätzlich erneut Mitglied der GKV. Der Gesetzgeber hat den Personenkreis der Versicherungspflichtigen in der GKV nach den Gesichtspunkten „soziale Schutzbedürftigkeit“ und „finanzielle Stabilität der Solidargemeinschaft“ abgegrenzt. Soweit Personen danach nicht versicherungspflichtig in der GKV sind, haben sie in der Regel zu einem bestimmten Zeitpunkt ihres Lebens die Wahl gehabt, sich eigenverantwortlich für eine Absicherung in der Solidargemeinschaft der GKV oder für die PKV zu entscheiden. Personen, die sich für die PKV entscheiden, treffen grundsätzlich eine Lebensentscheidung. Sie wissen, dass die Versicherungsprämien in der PKV einkommensunabhängig sind und die Rückkehr in die GKV nur unter bestimmten, engen Voraussetzungen möglich ist. Vielfach entscheiden sich diese Personen in jungen Jahren für das dann beitragsgünstigere private Krankenversicherungssystem.

Ein erneuter Zugang zur GKV, z. B. allein aufgrund eines verringerten Einkommens oder steigender Prämien zur PKV im Alter, ohne dass die Voraussetzungen der Versicherungspflicht in der GKV erfüllt werden, würde zu einer Risiko-selektion zulasten der GKV bei gleichzeitiger Entlastung der PKV führen. Die finanzielle Stabilität der GKV würde dadurch gefährdet. Deshalb ist für privat krankenversicherte Personen eine Lösung im System der PKV vorgesehen, wenn die Finanzierung ihrer Versicherungsbeiträge für sie zu erheblichen Problemen führt. Auf die Antwort zu Frage 21 wird in diesem Zusammenhang verwiesen.

Im Übrigen hat das Bundesverfassungsgericht mit seinem Urteil zum GKV-WSG vom 10. Juni 2009 (1 BvR 706/08, 1 BvR 814/08, 1 BvR 819/08, 1 BvR 837/08) auch der PKV aufgrund der gesetzlichen Neuerungen, insbesondere der Einführung des Basistarifs mit Kontrahierungszwang, eine soziale Schutzfunktion zugesprochen. Laut Bundesverfassungsgericht stellt sich der Basistarif „insgesamt als eine zulässige, sozialstaatliche Indienstnahme der privaten Krankenversicherungsunternehmen zum gemeinen Wohl dar“. Durch die besonderen gesetzlichen Regelungen für hilfebedürftige Personen (siehe Antwort zu Frage 21) sind schutzbedürftige Personen in der PKV hinreichend abgesichert.

23. Wie viele Menschen sind derzeit in PKV-Verträgen versichert, die weniger Leistungen als den Basistarif abdecken?

Welche Leistungen betrifft dies vorwiegend?

Der Bundesregierung liegen keine Zahlen dazu vor, wie viele Menschen derzeit in PKV-Verträgen versichert sind, die weniger Leistungen als den Basistarif abdecken. Erfahrungsgemäß werden Leistungen wie Fahrtkosten, häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfe, Empfängnisverhütung, Schwangerschaftsabbruch (ohne medizinische Indikation), die in der GKV ersetzt werden, von der privaten Krankenversicherung nicht, nur zum Teil oder nur über Zusatzversicherungen erbracht.

24. Welchen Zweck erfüllt eine allgemeine Krankenversicherungspflicht, wenn die entsprechenden Verträge das Krankheitsrisiko nur zum Teil absichern?

Die mit dem GKV-WSG eingeführte Pflicht zur Versicherung (vgl. Antwort zu Frage 2) verfolgt das Ziel, dass in Deutschland niemand ohne Schutz im Krankheitsfall sein soll. Eine private Krankheitskostenversicherung, die dieser Versicherungspflicht genügt, muss mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlungen umfassen (§ 193 Absatz 3 des Versicherungsvertragsgesetzes – VVG). Damit sind die klassischen Leistungsbereiche der PKV abgedeckt; der jeweilige genaue Leistungsinhalt und -umfang wird durch den maßgeblichen Tarif bestimmt. Mit diesen gesetzlichen Rahmenbedingungen wird nach Auffassung der Bundesregierung sichergestellt, dass eine PKV mindestens die erforderliche medizinische Grundversorgung absichert. Hilfebedürftige privat Versicherte haben zudem jederzeit die Möglichkeit, in den Basistarif zu wechseln, dessen Leistungen in Art, Umfang und Höhe der GKV vergleichbar sind.

25. Sieht die Bundesregierung die Gefahr, dass sich die Zahl der medizinischen Notfälle durch verschleppte, aufgrund nicht abgesicherter, Krankheiten unter den betreffenden Versicherten erhöht?

Der in § 193 Absatz 3 VVG vorgegebenen Pflicht zur Versicherung wird entsprochen, wenn der jeweilige Versicherungsvertrag eine Kostenerstattung sowohl für ambulante als auch für stationäre Heilbehandlungen abdeckt. Vor diesem Hintergrund sieht die Bundesregierung die in der Frage behauptete Gefahr nicht. Auf die Antwort zu Frage 24 wird verwiesen. Außerdem wird darauf hingewiesen, dass die Kosten für Behandlungen von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen auch bei ausstehenden Beitragsschulden und damit ruhendem Versicherungsschutz von dem jeweiligen privaten Versicherungsunternehmen übernommen werden (vgl. Antwort zu Frage 21).

26. Sind die Vorsorge und die Behandlung von allen übertragbaren Krankheiten durch diesen Tarif abgesichert?

Wenn nein, sieht die Bundesregierung, dass die Gefahr eines erhöhten Infektionsrisikos auch für die restliche Bevölkerung existiert?

Der Bundesregierung liegen keine Informationen dazu vor, welche konkreten Leistungen von sämtlichen Tarifen der PKV abgedeckt sind. Nach § 193 Absatz 3 VVG muss eine private Krankheitskostenversicherung stets eine Kostenerstattung für die Behandlung von ambulanten und stationären Behandlungen umfassen. Daher geht die Bundesregierung davon aus, dass die Behandlung von übertragbaren Krankheiten durch eine PKV, die der Versicherungspflicht genügt, stets abgedeckt ist. Im Übrigen wird darauf hingewiesen, dass die Kosten für Behandlungen von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen auch bei ausstehenden Beitragsschulden und damit ruhendem Versicherungsschutz von dem jeweiligen privaten Versicherungsunternehmen übernommen werden (vgl. Antwort zu Frage 21).



27. Wie bewertet die Bundesregierung vor diesem Hintergrund die Äußerung des Bundesverfassungsgerichts, dass „der Kreis der Schutzbedürftigen mit der Versicherungspflichtgrenze eher zu eng als zu weit gezogen worden“ sei (BVerfG, 1 BvR 1103/03 vom 4. Februar 2004, Absatz 27)?

Der zitierte Beschluss des Bundesverfassungsgerichts betrifft Arbeitnehmer, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die Versicherungspflichtgrenze übersteigt und die daher versicherungsfrei in der gesetzlichen Krankenversicherung sind. Im Rahmen des Gesetzes zur Sicherung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 23. Dezember 2002 hat der Gesetzgeber die Versicherungspflichtgrenze erhöht, den Kreis der Versicherungspflichtigen damit erweitert und so die Personengruppe der Beschäftigten mit höherem Arbeitsentgelt verstärkt an der Finanzierung der Solidaraufgaben in der GKV beteiligt. Die dagegen gerichtete Klage eines privaten Krankenversicherungsunternehmens wurde vom Bundesverfassungsgericht abgewiesen. Mit der zitierten Äußerung hat das Bundesverfassungsgericht verdeutlicht, dass der Gesetzgeber bei der Wahl der Maßnahmen zur finanziellen Stabilisierung der GKV eine Einschätzungsprärogative hat. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 22 Bezug genommen.

28. Sieht die Bundesregierung einen Zusammenhang zwischen der steigenden Zahl von Menschen, die sich eine private Krankenversicherung nicht (mehr) leisten können, und der Tatsache, dass der Zugang zur PKV durch die Bundesregierung immer weiter erleichtert wurde (zuletzt durch die Absenkung der Wartezeit von 3 Jahre auf 1 Jahr im GKV-Finanzierungsgesetz)?

Gesetzlich krankenversicherte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, deren Verdienst die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreitet, können seit dem 1. Januar 2011 ohne die bis dahin geltende dreijährige Wartezeit in die PKV wechseln. Die Versicherungspflicht von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, deren Arbeitsentgelt in einem bestehenden Beschäftigungsverhältnis die geltende Jahresarbeitsentgeltgrenze (Versicherungspflichtgrenze) übersteigt, endet seitdem wieder mit Ablauf des Kalenderjahres, wenn ihr Arbeitsentgelt auch im folgenden Kalenderjahr die dann geltende Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreiten wird. Bei Aufnahme einer neuen Beschäftigung mit einem Arbeitsentgelt oberhalb der Versicherungspflichtgrenze tritt seit dem 31. Dezember 2010 unmittelbar Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Krankenversicherung ein. Diese Rechtsänderung wurde mit dem Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt und stellte die vor dem 1. April 2007 geltende Rechtslage wieder her. Im Übrigen kann die Bundesregierung den in der Frage genannten Zusammenhang nicht erkennen bzw. die dort aufgestellte Behauptung nicht bestätigen.

29. Welche Unternehmen haben wie viele säumige Beitragszahlerinnen und Beitragszahler, und wie hoch sind jeweils die offenen und bereits abgeschriebenen Forderungen?

Über die erfragten Angaben liegen Erkenntnisse aus einer Umfrage der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht im Jahr 2011 vor, die als vertrauliche Informationen der Verschwiegenheitspflicht nach § 84 des Versicherungsaufsichtsgesetzes unterliegen. Das öffentliche Bekanntwerden der erfragten Informationen hat grundsätzlich das Potenzial, die Wettbewerbssituation einzelner Versicherer zu beeinträchtigen. Nach sorgfältiger Abwägung mit den Informationsrechten des Deutschen Bundestages und seiner Abgeordneten,

kann in der Sache daher keine Auskunft in der für Kleine Anfragen nach § 104 i. V. m. § 75 Absatz 3, § 76 Absatz 1 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages vorgesehenen, zur Veröffentlichung auf einer Bundestagsdrucksache bestimmten Weise erfolgen. Die Antwort wird deshalb als „VS Geheim“ eingestuft in der Geheimschutzstelle des Deutschen Bundestages zur Verfügung gestellt.\*

---

\* Das Bundesministerium der Gesundheit hat die Antwort als „VS Geheim“ eingestuft.  
Die Antwort ist in der Geheimschutzstelle des Deutschen Bundestages hinterlegt und kann dort nach Maßgabe der Geheimschutzordnung eingesehen werden.