

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Annette Widmann-Mauz, Dr. Wolf Bauer, Aribert Wolf, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU – Drucksache 14/8438 –

Umsetzung des Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetzes

Vorbemerkung der Fragesteller

Das Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz ist am 23. Februar 2002 in Kraft getreten. Das Gesetz hat bereits im Laufe des parlamentarischen Beratungsverfahrens heftige Kritik erhalten, weil die Bundesregierung und der Verband Forschender Arzneimittelhersteller (VFA) im November 2001 eine Einmalzahlung der Pharmaindustrie an die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in Höhe von 400 Mio. DM vereinbart haben, dem als „Gegenleistung“ ein Verzicht des Gesetzgebers auf eine Kostensenkung für bestimmte Arzneimittel für die Jahre 2002 und 2003 gegenüber steht. Im Gesetzentwurf zur Begrenzung der Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (AABG) war zunächst ein Preisabschlag von 4 % bei verschreibungspflichtigen und nicht festbetragsgeregelten Medikamenten vorgesehen. Dadurch hätten die Krankenkassen pro Jahr etwa 485 Mio. DM sparen können, darunter rund 390 Mio. DM zulasten der Pharmaindustrie. Damit wären auf die Pharmaindustrie in 2002 und 2003 Kosten von insgesamt rund 780 Mio. DM zugekommen.

Presseberichten (Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 30. Oktober 2001, Handelsblatt vom 8. November 2001 und Frankfurter Rundschau vom 13. Dezember 2001) zufolge soll Bundeskanzler Gerhard Schröder diesen „400-Mio.-DM-Ablass“ selbst ausgehandelt und so zum Entstehen einer „Basarmentalität“ beigetragen haben. In einem Kommentar heißt es dazu: „Es zeigt sich, dass die Vermutung der Käuflichkeit von Politik auch in Deutschland Ursprung und Nahrung aus Stil und Arrangements des politischen Prozesses gewinnt, die vordemokratische Züge tragen: von der fallweise inszenierten Kanzlerintervention bis zum Gruppenschacher im Bündnis für irgendwas.“ (Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 31. Oktober 2001).

Nachdem die Bundesregierung im Gesetzgebungsverfahren auf einen engen Zeitplan gedrängt und den Bundesrat um Fristverkürzung ersucht hatte, damit in diesem Jahr mit dem Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz das von der Bundesregierung anvisierte Einsparziel von 2 bis 3 Mrd. DM erreicht werden kann, wird jetzt bekannt, dass die Voraussetzungen für die Handhabung der aut-idem-Regelung nur schrittweise geschaffen werden können, mit Folgen für die von der Bundesregierung mit diesem Gesetz angestrebte Einsparsumme.

1. Sieht die Bundesregierung in dem von Bundeskanzler Gerhard Schröder ausgehandelten Finanzbeitrag der Pharmaindustrie eine „Abgabe“ im Rechtssinne und wenn ja, um welchen „Abgabebetyp“ handelt es sich dabei?
2. Wenn nein, welche andere rechtliche Qualifizierung misst die Bundesregierung dem bei?

Bei dem von forschenden Arzneimittelherstellern zur Verfügung gestellten Solidarbeitrag handelt es sich nicht um eine staatlich auferlegte Abgabe, sondern um eine freiwillige Leistung.

3. Wie ordnet die Bundesregierung diesen vereinbarten Finanzierungsbeitrag in die Rechts- und Verfassungsordnung ein?

Artikel 2 AABG regelt die Verteilung einer von forschenden Arzneimittelherstellern geleisteten freiwilligen Einmalzahlung an die gesetzlichen Krankenkassen. Die freiwillige Zahlung sowie ihre Zusicherung durch die Industrie verstößt nach Auffassung der Bundesregierung nicht gegen die Rechtsordnung. Insbesondere wird kein verfassungsrechtlich unzulässiges Sonderopfer begründet.

4. Können die den Finanzbeitrag zahlenden Unternehmen diese Zahlungen als betrieblich veranlasst verstehen und deshalb bei der Einkommen- und Körperschaftsteuer als Betriebsausgaben geltend machen und wenn ja, wie begründet die Bundesregierung ihre Auffassung dazu?

Die Zahlungen der Pharmaindustrie sind nach den allgemeinen steuerlichen Regeln zu behandeln. Sie sind als Betriebsausgaben steuerlich abziehbar und mindern in voller Höhe den steuerpflichtigen Gewinn, wenn sie betrieblich veranlasst sind (§ 4 Abs. 4 EStG). Betrieblich veranlasst sind sie, wenn sie objektiv mit dem Betrieb zusammenhängen und subjektiv dem Betrieb zu dienen bestimmt sind (Bundesfinanzhof GrS, Beschl. v. 4. Juli 1990 BStBl. II S. 817).

5. In welcher Höhe führt dies zu Steuermindereinnahmen bei Bund und/oder Ländern?

Zusätzliche Steuermindereinnahmen sind nicht zu erwarten, weil die Durchsetzung einer Preisbegrenzung die steuerliche Bemessungsgrundlage ebenfalls verringert hätte.

6. Dürfen die gesetzlichen Krankenkassen dieses Finanzaufkommen entgegennehmen und wenn ja, dürfen sie es für ihre öffentlichen Aufgaben verwenden oder gibt es dafür verfassungsrechtliche Hinderungsgründe?

Nach § 220 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) werden die Mittel für die Krankenversicherung durch Beiträge und sonstige Einnahmen aufgebracht. Der Begriff „sonstige Einnahmen“ ist gesetzlich nicht geregelt. Da den Spitzenverbänden der Krankenkassen mit Artikel 2 AABG eine gesetzliche Grundlage für die Entgegennahme des Betrages und dessen Verteilung auf die Krankenkassen gegeben wurde, zählt die von Ihnen angesprochene Summe zu den Mitteln der Krankenkassen und kann daher für deren gesetzlich vorgesehene Aufgaben verwendet werden.

7. Wieso hat die Bundesregierung die Einnahme des Finanzbeitrages durch die Krankenversicherung gesetzlich nicht geregelt?

Der Entwurf des AABG wurde im Rahmen einer Fraktionsinitiative in das parlamentarische Beratungsverfahren eingebracht, der Deutsche Bundestag hat dieses Gesetz beschlossen. In diesem Rahmen wurde die Einnahme des von forschenden Arzneimittelherstellern zur Verfügung gestellten Solidarbeitrages durch die gesetzliche Krankenversicherung in Artikel 2 geregelt. Aus den in der Antwort zu Frage 6 genannten Gründen bedurfte es keiner weiteren gesetzlichen Regelung.

8. Hat Bundeskanzler Gerhard Schröder seine Absprache mit der betroffenen Pharmaindustrie über zukünftige Gesetzgebung durch persönliche Zusage, sozusagen durch Handschlag getroffen, oder liegt dem eine schriftliche Fixierung zugrunde und wenn ja, welche Rechtsqualität misst die Bundesregierung dieser bei?
9. Gibt es zwischenzeitlich eine schriftliche Vereinbarung zwischen der Bundesregierung und dem VFA über eine Zahlung von 400 Mio. DM und wenn nein, warum hat die Bundesregierung auf eine schriftliche Vereinbarung verzichtet?

Der Bundeskanzler Gerhard Schröder, die Bundesministerin für Gesundheit, Ulla Schmidt, der Staatssekretär im Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (BMWi), Dr. Alfred Tacke, und die Mitglieder des Deutschen Bundestages, Regina Schmidt-Zadel und Katrin Göring-Eckardt, sind am 8. November 2001 im Bundeskanzleramt zu einem Gespräch mit Spitzenvertretern des Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller (VFA) und dem Vorsitzenden der Industriegewerkschaft Bergbau, Chemie, Energie, Hubertus Schmoldt, zusammengetroffen. Forschende Arzneimittelhersteller haben sich in diesem Gespräch bereit erklärt, der GKV 400 Mio. DM zur Konsolidierung der Finanzen zur Verfügung zu stellen. Es handelt sich dabei um eine freiwillige Selbstverpflichtung der Unternehmen als Solidarbeitrag zur Verbesserung der Finanzlage der GKV. Die Bundesregierung hat die Öffentlichkeit über das Ergebnis des Gesprächs am 8. November 2001 im Bundeskanzleramt mit einer Pressemitteilung am gleichen Tag umfassend informiert. Eine schriftliche Vereinbarung zwischen VFA und Bundesregierung ist nicht getroffen worden.

10. Wenn es keine schriftliche Vereinbarung zwischen der Bundesregierung und dem VFA gibt, gibt es eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem VFA und den Spitzenverbänden der Krankenkassen?

Es gibt weder eine schriftliche Vereinbarung seitens der Bundesregierung, noch seitens der Spitzenverbände der Krankenkassen.

11. Hat die Bundesregierung die Verfassungsmäßigkeit speziell des Artikels 2 des Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetzes durch die zuständigen Verfassungsressorts prüfen lassen?

Wenn nein, warum nicht?

Artikel 2 AABG wurde durch einen Änderungsantrag der Fraktionen in den Gesetzentwurf der Fraktionen eingebracht; das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) war im Rahmen der von ihm geleisteten Formulierungshilfe nicht verpflichtet, eine Prüfung durch die Verfassungsressorts vornehmen zu lassen. Eine solche Prüfung durch die Verfassungsressorts war auch nicht erforderlich.

12. Wird Bundeskanzler Gerhard Schröder und die Bundesregierung aufgrund ihres Verfassungsverständnisses auch künftig unter vergleichbaren Umständen Gesetzesinhalte von Zahlungen der Gesetzesbetroffenen abhängig machen und erkennt die Bundesregierung in der Vereinbarung mit der Pharmaindustrie zur Vermeidung eines Gesetzesvorhabens ein neues Gesetzgebungsmotiv?

Die Bundesregierung wird auch zukünftig die geeigneten Maßnahmen treffen, um die finanzielle Stabilität der GKV zu sichern. Wenn es sachlich sinnvoll ist, wird sie dabei freiwilligen Maßnahmen den Vorzug vor gesetzlichen einräumen.

13. In welcher Weise hält die Bundesregierung die von ihr getroffene entgeltliche Vereinbarung über eine zukünftige Gesetzgebung für im Regelwerk des Grundgesetzes (GG) vorgesehen, worauf stützt sich die Kompetenz dafür?
14. Mit welcher verfassungsrechtlichen Begründung leitet die Bundesregierung eine finanzielle Belastung von Grundrechtsberechtigten zur Finanzierung öffentlicher Aufgaben außerhalb des Abgabensystems aus dem GG ab?
15. Misst die Bundesregierung dabei dem Umstand Bedeutung bei, dass alle staatlich auferlegten Zahlungslasten unter Gesetzesvorbehalt stehen, dass also dem Parlament – als Repräsentanten der Abgabenzahler – die Entscheidung über Art und Intensität der Abgabenlast vorbehalten ist?

Die Zusicherung einer freiwillig zu leistenden Zahlung durch forschende Arzneimittelhersteller verstößt nach Auffassung der Bundesregierung nicht gegen die Verfassung. Der Deutsche Bundestag hat mit seinem Gesetzesbeschluss zu Artikel 2 AABG mehrheitlich über die Verteilung der freiwilligen Zahlung unter den gesetzlichen Krankenkassen entschieden und eine darüber hinausgehende Regelung nicht für erforderlich gehalten.

16. Hält die Bundesregierung die Erklärung dieses Gesetzgebungsverzichts für in ihrer Verfassungskompetenz liegend und wenn ja, hat sie dadurch die nach der Kompetenzordnung des Grundgesetzes zuständigen Gesetzgebungsorgane gebunden, so dass sich diese Gesetzgebungsorgane in ihrer Gesetzesinitiative gehindert sehen müssen?

Grundsätzlich ist der Gesetzgeber frei, im Laufe des parlamentarischen Verfahrens über Änderungen von Gesetzesvorhaben auch unter Berücksichtigung des Verhaltens der potentiellen Adressaten einer Norm zu beraten und zu beschließen.

17. Wie rechtfertigt die Bundesregierung die Vereinbarung mit einem besonders zahlungskräftigen Industriezweig im Hinblick auf Artikel 3 GG gegenüber weniger finanzkräftigen Akteuren?

Forschende Arzneimittelhersteller haben einen freiwilligen Solidarbeitrag zur Sicherung der finanziellen Grundlagen der GKV zur Verfügung gestellt. Daher ergibt sich weder für diese noch für andere pharmazeutische Unternehmer, die sich daran nicht beteiligt haben, ein Grundrechtseingriff.

18. Sieht die Bundesregierung hierdurch eine Verfassungsentwicklung eingeleitet nach der sie, die Bundesregierung, im Bedarfsfall Entscheidungen im Rahmen ihrer eigenen Kompetenz unter einen Vorbehalt von Zahlungsbereitschaft und Zahlungsfähigkeit von Entscheidungsbetroffenen stellt?

Siehe Antwort zu Frage 12.

19. Soll die Bundesregierung künftig im Bedarfsfall Zahlungsvereinbarungen veranlassen können, um auf das Parlament als Gesetzgeber im Sinne der anderen Vertragspartei inhaltlich Einfluss auszuüben?

Nein. Im Übrigen wird die in der Fragestellung enthaltene Bewertung nicht geteilt.

20. Trifft es zu, dass die in § 129 Abs. 1 Nr. 1 Fünftes Buch Sozialgesetz (SGB V) in der Fassung des Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetzes verankerte aut-idem-Regelung nicht – wie von der Bundesregierung beabsichtigt – mit dem Inkrafttreten des Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetzes umgesetzt werden kann?

Wenn ja, was sind die Gründe hierfür?

21. Wann werden die Spitzenverbände der Krankenkassen entsprechend dem gesetzlichen Auftrag die obere Preislinie des unteren Preisdrittels für die jeweilige Arzneimittelgruppe bekannt machen (§ 129 Abs. 1 Satz 4 SGB V in der Fassung des AABG) mit anderen Worten, wann ist mit einer vollständigen Anwendbarkeit dieser Neuregelung zu rechnen?

Die Umsetzung der aut-idem-Regelung erfolgt schrittweise. Daher kann die aut-idem-Regelung in vollem Umfang erst umgesetzt werden, nachdem die Selbstverwaltung ihre vom Gesetz vorgesehenen Aufgaben erfüllt hat. Die Spitzenverbände der Krankenkassen werden die Drittlinien nach dem jeweiligen Beschluss des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Austauschbarkeit von Darreichungsformen berechnen und zeitnah veröffentlichen. Nach Angaben der Selbstverwaltung soll die aut-idem-Regelung auf die erste Tranche von Arzneimittelgruppen zum 1. Juli 2002 voll anwendbar sein.

22. Besteht für die Apotheker dessen ungeachtet die Verpflichtung, in der Übergangsphase bis zur Bekanntmachung der oberen Preislinien an Stelle des verordneten Arzneimittels ein preisgünstigeres Arzneimittel mit dem gleichen Wirkstoff und identischer Darreichungsform sowie identischer Packungsgröße abzugeben?

Nach Auffassung der Bundesregierung kann und soll der Apotheker auch vor der Veröffentlichung von Drittlinien in Fällen, in denen der Arzt offensichtlich nicht preisgünstig verordnet hat, einen Austausch vornehmen. Dies ist z. B. möglich, wenn der Arzt aus einer Gruppe, die nur sechs für einen Austausch infrage kommende Arzneimittel enthält, das teuerste verordnet. In diesem Fall kommt ein Austausch ohne Notwendigkeit der Berücksichtigung des unteren Preisdrittels, z. B. mit dem preiswertesten Präparat dieser Gruppe, in Betracht.

23. Ist der Apotheker überhaupt befugt und in der Lage, in der Übergangsphase bis zur Bekanntmachung der oberen Preislinien, Recherchen zur Preisgünstigkeit eines Arzneimittels anzustellen?

Der Apotheker kann und soll in der Übergangsphase, etwa wie im Fall des in der Antwort zu Frage 22 geschilderten Beispiels, Recherchen zur Preisgünstigkeit von Arzneimitteln anstellen.

24. Trifft es zu, dass die Substitutionsverpflichtung durch den Apotheker erst dann gilt, wenn die Preisgünstigkeit eines Arzneimittels auch unter Berücksichtigung zusätzlich austauschbarer Darreichungsformen bestimmt und die obere Preislinie durch die GKV-Spitzenverbände im Bundesanzeiger bekannt gemacht worden sind?

Es wird auf die Antworten zu den Fragen 20, 21 und 22 verwiesen.

25. Wie kann nach Auffassung der Bundesregierung eine geordnete Substitution erfolgen, ohne dass bisher die gesetzlichen Vorgaben erfüllt sind?

Es wird auf die Antwort zu Frage 22 verwiesen.

26. Wann ist damit zu rechnen, dass für die ersten Arzneimittelgruppen – voraussichtlich analog der Festbetragsstufe 1 – erste Hinweise zu den austauschbaren Darreichungsformen vorliegen?

Die Bundesregierung geht davon aus, dass der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die ersten dieser Hinweise rechtzeitig vor dem 1. Juli 2002 vorlegen wird.

27. Wie hoch schätzt die Bundesregierung die Einnahmefälle der gesetzlichen Krankenkassen in Folge der nicht rechtzeitigen Umsetzung der aut-idem-Regelung in der Fassung des Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetzes bzw. mit welchen Einsparungen rechnet die Bundesregierung im Jahr 2002?

Die aut-idem-Regelung wird wie vom Gesetzgeber beschlossen umgesetzt; auf die Antworten zu den Fragen 20, 21 und 22 wird verwiesen.

Die Koalitionsfraktionen haben im Rahmen der Beratungen des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages eine Schätzung zum mit der aut-idem-Regelung verbundenen Einsparvolumen abgegeben. Unter der Annahme, dass im generikafähigen Bereich die Hälfte aller Verordnungen für ein aut-idem genutzt werden, ergibt sich für die jährlich zu erzielenden Wirtschaftlichkeitsreserven ein Volumen von ca. 450 Mio. DM (ca. 230 Mio. Euro). Daran wird festgehalten. Zur Höhe des im Jahr 2002 zu erzielenden Einsparvolumens sind derzeit u. a. deshalb keine Angaben möglich, weil noch nicht absehbar ist, welche Marktabdeckung die aut-idem-Gruppen erreichen werden, die im Jahre 2002 zur vollen Anwendung kommen werden.

28. Werden Importarzneimittel bei der Errechnung der oberen Preislinie des unteren Preisdrittels mitberücksichtigt und werden damit Originalarzneimittel durch Importarzneimittel substituiert, obwohl § 129 Abs. 1 Nr. 2 SGB V i. V. m. dem Rahmenvertrag spezialgesetzliche Regelungen zur Abgabe preisgünstiger Importarzneimittel enthalten?

Zur Ermittlung der oberen Preislinie des unteren Preisdrittels sind bei vorhandenem Generikawettbewerb grundsätzlich auch Importarzneimittel in gleicher Weise wie Originalpräparate und Generika zu berücksichtigen. Gibt es in einem Marktsegment keinen Generika-Wettbewerb und setzt sich die Gruppe ausschließlich aus Importpräparaten und einem deutschen „Original“ zusammen, ist die aut-idem-Regelung nicht anzuwenden; in solchen Fällen gilt für die Abgabe von Importen die Verpflichtung nach § 129 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V. Die Bundesregierung wird im Rahmen des Erfahrungsberichts, den die Bundesregierung entsprechend der vom Deutschen Bundestag bei der Verabschiedung des AABG beschlossenen Entschließung (Bundestagsdrucksache 14/7858) vorlegen wird, über die tatsächliche Entwicklung in der Anwendung der beiden Instrumente des § 129 Abs. 1 SGB V berichten und ggf. Anpassungen der gesetzlichen Vorgaben vorschlagen, wenn die Erfahrung zeigen sollte, dass das Einsparpotential durch importierte Arzneimittel nicht hinreichend genutzt werden kann.

29. Was ist unter dem unbestimmten Rechtsbegriff „gleicher Indikationsbereich“ zu verstehen bzw. wer soll wie festhalten, ob das Surrogatarzneimittel für den gleichen Indikationsbereich wie das verordnete Arzneimittel zugelassen ist und wer prüft, ob der Apotheker in Übereinstimmung mit den gesetzlichen Bestimmungen und der ärztlichen Versorgung Arzneimittel abgegeben hat?

Der unbestimmte Rechtsbegriff „gleicher Indikationsbereich“ ist so zu verstehen, dass sich die Indikationen des verordneten und des abgegebenen Arzneimittels inhaltlich zu entsprechen haben, aber nicht wortgenau identisch sein müssen. Im Übrigen gelten entsprechende Vorgaben der Apothekenbetriebsordnung bereits seit längerem im Nacht- und Notdienst der Apotheken.

Die Überprüfung, ob der Apotheker die Ersetzung eines Arzneimittels entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen und der Verordnung des Arztes vorgenommen hat, erfolgt durch die Überprüfungen der Apothekenabrechnungen seitens der Krankenkassen, wozu Einzelheiten in Verträgen auf Bundes- und Landesebene geregelt sind. Weiterhin wird auf Länderebene im Rahmen der Apothekenaufsicht u. a. die Einhaltung der Vorschriften der Apothekenbetriebsordnung überwacht. Eine darüber hinausgehende Kontrolle ist nach Ansicht der Bundesregierung nicht notwendig; sie geht grundsätzlich davon aus, dass die Apotheker ihren mit der neuen aut-idem-Regelung verbundenen Pflichten nachkommen werden.

30. Welche Einsparungen würde die Bundesregierung im Falle der Einbeziehung von Parallelimporten bei der aut-idem-Regelung erwarten, insbesondere vor dem Hintergrund, dass die vormals vorhandene Preisdifferenz von Importen zu Originalpräparaten spürbar geringer wird, bei manchen Präparaten beträgt sie bereits weniger als zwei Prozent?

Für eine gesonderte Schätzung des Einsparbeitrags hinsichtlich der Abgabe von Importarzneimitteln im Rahmen der aut-idem-Regelung liegen keine hinreichenden Erkenntnisse vor.

31. Im Hinblick darauf, dass der Vertragsarzt zurzeit auf dem Kassenrezept eine Substitution ausschließen kann, indem er das entsprechende aut-idem-Kästchen auf dem Rezept ankreuzt, das Kreuz in diesem Kästchen vorher aber eine andere Bedeutung hatte, nämlich die Freigabe einer Substitution durch den Vertragsarzt durch den Apotheker, stellt sich die Frage, wie sichergestellt ist, dass es in der Übergangszeit nicht zu Unklarheiten bei der neuen Bedeutung des aut-idem-Kästchens kommt?

Wo ist die neue Bedeutung des Kreuzes für den Patienten nachvollziehbar veröffentlicht?

Die Vertretungen von Ärzten und Apothekern auf Bundesebene haben ihre Mitgliedsorganisationen auf Landesebene am 19. (KBV) bzw. 20. Februar 2002 (ABDA) über die grundsätzliche Bedeutungsumkehr im Hinblick auf das Ankreuzen des aut-idem-Kästchens in Kenntnis gesetzt. Darüber hinaus wurde darüber breit in den berufspolitisch relevanten Zeitschriften informiert.

Zur Information der Patienten stehen Ärzte, Apotheker und Krankenkassen zur Verfügung.

32. Was unternimmt die Bundesregierung, um Unsicherheiten und Verwirrung über die aut-idem-Regelung bei Patienten, Ärzten, Apothekern und pharmazeutischen Industrie abzubauen?
33. Was unternimmt die Bundesregierung, um eine zügige Umsetzung des Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetzes herbeizuführen?

Das BMG begleitet in Gesprächen mit den maßgeblichen Verbänden der Beteiligten fortlaufend den Prozess der Umsetzung der gesetzlichen Regelung. Die beteiligten Institutionen haben gegenüber dem BMG versichert, dass sie ihrer Informationspflicht gegenüber ihren Mitgliedern in umfassender und sachgerechter Weise nachgekommen sind. Die Bundesregierung erwartet, dass alle Beteiligten konstruktiv mitwirken.