

**Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung
(KVV)**

Änderungen vorgesehen für ...

Kommentar und Inhalt der Änderungen

Bern, XX 2011

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	3
2	Die Revision im Überblick	4
3	Erläuterung zu den einzelnen Artikeln	4
4	Inkraftsetzung	9

1 Einleitung

Auf den 1. Mai 2010 wurden in den 27 EU-Mitgliedstaaten die Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 und Nr. 574/72 durch die Verordnung (EG) Nr. 883/2004¹ sowie die Durchführungsverordnung (EG) Nr. 987/2009² ersetzt.

In den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten finden die neuen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009 noch keine Anwendung. Die multilaterale Koordination der nationalen Systeme der sozialen Sicherheit kann jedoch nur dann wirklich funktionieren, wenn alle Parteien dieselben Regelungen anwenden. Die Schweiz übernimmt deshalb diese Verordnungen im Rahmen einer 3. Aktualisierung des Anhangs II zum Freizügigkeitsabkommen zwischen der Schweiz und der EU. Der Bundesrat hat diese Anpassung am 27. Oktober 2010 genehmigt und nach einer positiven Rückmeldung der konsultierten parlamentarischen Kommissionen und der Kantonsregierungen mit Beschluss vom 23. März 2011 den Chef der Schweizerischen Delegation im Gemischten Ausschuss des Freizügigkeitsabkommens ermächtigt, den entsprechenden Beschluss zu fassen im Hinblick auf ein Inkrafttreten der neuen Regelungen bis spätestens am 1. Januar 2012. Sobald das Genehmigungsverfahren auch auf Seite der EU, wo noch ein Vorbehalt von Grossbritannien hängig ist, abgeschlossen ist, wird der Gemischte Ausschuss seinen Beschluss fassen können.

Die Übernahme der neuen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009 im Rahmen des EFTA-Abkommens, das die Schweiz mit den drei anderen EFTA-Staaten Island, Liechtenstein und Norwegen abgeschlossen hat, wird zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen.

Nachfolgend werden die wesentlichen Neuerungen der neuen EU-Verordnungen, die sich auf die soziale Krankenversicherung auswirken, aufgeführt:

- Der Grundsatz, dass jede Person den Bestimmungen nur eines Staates unterstellt ist, gilt neu ohne Ausnahme.
- Die Bezügerinnen und Bezüger von kurzfristigen Geldleistungen (z.B. Taggelder des Unfallversicherers) gelten weiterhin als erwerbstätig und bleiben dem Staat unterstellt, der die Geldleistungen ausrichtet.
- Die Dauer der Erstentsendung wurde von 12 auf 24 Monate verlängert.
- Bei Ausübung einer Beschäftigung für einen Arbeitgeber in mehreren Staaten ist der Wohnstaat nur noch dann zuständig, wenn dort ein wesentlicher Teil der Tätigkeit ausgeübt wird.
- Die bestehenden Optionsrechte in der Krankenversicherung werden unter dem neuen Recht unverändert übernommen. Es ist aber vorgesehen, nach der Übernahme des neuen EU-Koordinationsrechts durch die Schweiz mit den betroffenen EU-Staaten verbindliche Regelungen über die Ausübung des Optionsrechts zu vereinbaren. Diese Vereinbarungen werden den betroffenen Stellen in der Schweiz zu gegebener Zeit schriftlich mitgeteilt.
- Heute haben in der Schweiz nur versicherte Grenzgängerinnen und Grenzgänger sowie alle Versicherten mit Wohnsitz in bestimmten EU-Staaten die Wahl, sich im Wohn-

¹ Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, ABl. L 116 vom 30.4.2004, S. 1; geändert durch Verordnung (EG) Nr. 988/2009, ABl. L 284 vom 30.10.2009, S. 43

² Verordnung (EG) Nr. 987/2009 des europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, ABl. L 284 vom 30.10.2009, S. 1

land oder in der Schweiz behandeln zu lassen. Aufgrund der von der Schweiz gemachten Einträgen haben neu alle in der Schweiz Versicherten, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen (Grenzgängerinnen und Grenzgänger und ihre Familienangehörigen, Rentnerinnen und Rentner und ihre Familienangehörigen, Familienangehörige von Aufenthalterinnen und Aufenthaltern und Bezügerinnen und Bezüger einer Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung und ihre Familienangehörigen), das Behandlungswahlrecht, d. h. sie können sich wahlweise im Wohnland oder in der Schweiz medizinisch behandeln lassen.

- Die Erstattungen zwischen dem aushelfenden und dem zuständigen Träger erfolgen in der Regel nur noch über die effektiven Kosten. Folgende Staaten erstatten die Kosten für Rentnerinnen und Rentner und ihre Familienangehörigen und für die Familienangehörigen von Aufenthalterinnen und Aufenthaltern weiterhin aufgrund von Pauschalen: Finnland, Grossbritannien, Irland, Italien, Malta, Niederlande, Portugal, Schweden und Spanien.
- Mit den neuen EU-Verordnungen soll auch der elektronische Datenaustausch anstelle des Austauschs von Papierformularen nach einer zweijährigen Übergangszeit eingeführt werden. Die derzeit in Papierform verwendeten E-Formulare werden durch den Austausch von elektronischen Formularen, sogenannten SED's (Structured Electronic Document), ersetzt. Die SED's haben einen ähnlichen Inhalt wie die aktuellen E-Formulare. Zusätzlich werden neue mobile Dokumente (Portable Documents) eingeführt.

Einige dieser Neuerungen machen eine Revision der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) notwendig. In diesem Zusammenhang wird gleichzeitig, aber in einer separaten Vorlage, die Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA) revidiert.

2 Die Revision im Überblick

In der Krankenversicherung enthält die KVV einige Spezialbestimmungen, einerseits für die Versicherten, die in der Schweiz versichert sind und in einem EU-/EFTA-Staat wohnen und andererseits für die Versicherten, die in einem EU-/EFTA-Staat versichert sind und sich in der Schweiz medizinisch behandeln lassen. Einige dieser Bestimmungen müssen dem neuen Koordinationsrecht angepasst werden, z. B. weil die Erstattungen zwischen dem aushelfenden und dem zuständigen Träger für die Versicherten in der Regel nur noch über die effektiven Kosten und nicht mehr aufgrund von Pauschalen erfolgen. Zudem wird die vorliegende Revision dazu benutzt, diese Spezialbestimmungen, wenn nötig, den veränderten Verhältnissen anzupassen, z. B. Artikel 37 KVV zur Kostenübernahme für im Ausland wohnhafte Personen.

3 Erläuterung zu den einzelnen Artikeln

In folgenden Bestimmungen wird die vorliegende Revision genutzt, um den Ausdruck Europäische Gemeinschaft durch Europäische Union zu ersetzen. Die Bestimmungen werden materiell nicht geändert: **Art. 1 Abs. 2 Bst. d, Art. 2 Abs. 1 Bst. e und Abs. 6, Art. 10 Abs. 1^{bis}, Art. 15a Abs. 1 Bst. a, Art. 37 Abs. 1 Bst. b, Gliederungstitel vor Art. 92a, Art. 92b Abs. 1, Art. 101a Sachüberschrift und Abs. 1, Art. 103 Abs. 6 und Art. 106a Sachüberschrift und Abs. 2.**

Art. 19 Abs. 2 und Abs. 3 Erfüllung internationaler Verpflichtungen

Abs. 2 Bst. a: Die bestehende Aufgabe der gemeinsamen Einrichtung, die in Artikel 19 Absatz 2 Buchstabe a KVV umschrieben wird, soll leicht abgeändert beibehalten werden. Denn um die Prämien für die EU-/EFTA-Versicherten berechnen zu können, ist es für die schweizerischen Krankenversicherer nach wie vor wichtig, die durchschnittlichen Gesundheitskosten der Versicherten in den EU-/EFTA-Staaten zu kennen. Die Daten sind entweder beim zuständigen Organ der EU oder bei den betreffenden Staaten verfügbar.

Abs. 2 Bst. b: Der bisherige Buchstabe b kann aus folgendem Grund gestrichen werden: Neu erfolgen die Erstattungen bei den Rentnerinnen und Rentnern und ihren Familienangehörigen und bei den Familienangehörigen von Aufenthalterinnen und Aufenthaltern, die in der Schweiz wohnen und in einem EU-/EFTA-Staat versichert sind, über die effektiven Kosten und nicht mehr aufgrund von Pauschalen. Deshalb muss die gemeinsame Einrichtung die Jahresdurchschnittskosten für Krankenpflegeleistungen der schweizerischen Krankenversicherung nicht mehr ermitteln.

Der neue Buchstabe b entspricht dem alten Buchstaben c. Es wird lediglich das Datum für die Einreichung des Berichts zuhanden des BAG vom 30. April auf den 31. Mai verschoben, da die gemeinsame Einrichtung die verlangten Daten erst im Laufe des Monats Mai liefern kann. Zudem wird der Ausdruck Europäische Gemeinschaft durch Europäische Union ersetzt.

Abs. 3: Diese Bestimmung muss lediglich den Änderungen, die im 2. Absatz vorgenommen werden, angepasst werden. Im ersten Satz muss neu der Hinweis auf Absatz 2 Buchstabe b statt Buchstabe c gemacht werden. Im letzten Satz muss der Buchstabe b gestrichen werden, da der bisherige Buchstabe b gestrichen wird.

Mit dem neuen EU-Koordinationsrecht kommen keine neuen Aufgaben, die in Artikel 19 KVV aufgeführt werden müssten, auf die gemeinsame Einrichtung zu.

Art. 37 Kostenübernahme für im Ausland wohnhafte Personen

In Artikel 37 KVV wird geregelt, wer die Kosten einer stationären Behandlung in der Schweiz bei Personen, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen, übernimmt. Dabei kommen die zuständigen Krankenversicherer und die Kantone in Frage. Es muss unterschieden werden zwischen Personen, die in der Schweiz versichert sind und Personen, die in ihrem Wohnland gesetzlich versichert sind.

Abs. 1 Bst. a: Diese Bestimmung enthält Regelungen für die Versicherten, die in der Schweiz versichert sind und in einem EU-/EFTA-Staat wohnen. Dabei handelt es sich um eine kleine Personengruppe. Im Jahre 2010 umfasste sie rund 29'000 Versicherte, darunter waren rund 23'000 Grenzgängerinnen und Grenzgänger und ihre Familienangehörigen und rund 5'000 Rentnerinnen und Rentner und ihre Familienangehörigen.

Bis anhin werden bei dieser Personengruppe bei Spitalbehandlungen in der Schweiz in der Regel die vollen Kosten (ausserkantonale Tarife, ohne den Kantonsbeitrag) in Rechnung gestellt und von den schweizerischen Krankenversicherern übernommen. Neu muss die Frage der Anwendung der kostendeckenden oder der steuerfinanzierten Tarife bei solchen Behandlungen differenziert beurteilt werden.

Mit der neuen Spitalfinanzierung, die auf den 1. Januar 2012 umgesetzt wird, werden die stationären Behandlungen leistungsbezogen mittels Fallpauschalen finanziert, die sich an der medizinischen Diagnose orientieren und auf gesamtschweizerischen Strukturen beruhen. Für in der Schweiz wohnhafte Versicherte werden die Fallpauschalen vom Kanton (steuerfinanziert) und von den Krankenversicherern anteilmässig übernommen, wobei auf die Kantone mindestens 55 Prozent und auf die Krankenversicherer 45 Prozent entfallen. Die Kosten der stationären Behandlungen werden also weiterhin nicht nur von den Krankenversicherern, son-

dern auch von den Kantonen übernommen.

Schon mehrere Male, letztmals am 17. Juni 2009, hat die EU-Kommission bei den schweizerischen Versicherten, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen, vor allem bei den Grenzgängerinnen und Grenzgängern, sowohl die hohen Prämien als auch die Anwendung der ausserkantonalen Tarife bei Spitalbehandlungen beanstandet. Es wurde jeweils auf das Diskriminierungsverbot, ein wichtiges Prinzip des europäischen Koordinationsrechts im Sozialversicherungsbereich, hingewiesen. Danach dürfen die Versicherten, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen, gegenüber den Versicherten, die in der Schweiz wohnen, nicht diskriminiert werden.

Unter die steuerrechtliche Definition „Grenzgänger“ fallen Personen, die in der Schweiz arbeiten und nach Arbeitsende täglich (regelmässig) nach Deutschland, Frankreich, Italien, Österreich oder Liechtenstein an ihren Wohnsitz zurückkehren. Die Besteuerung der Löhne dieser Personen kann je nach Erwerbskanton und Wohnsitzstaat ganz unterschiedlich sein. Sie ist abhängig vom jeweils anwendbaren Doppelbesteuerungsabkommen. Entweder erhebt der Erwerbskanton die Steuer und entrichtet dem Wohnsitzstaat eine Entschädigung oder umgekehrt. Weil die Kantone von allen Grenzgängerinnen und Grenzgängern Steuereinnahmen haben, können sie auch die Spitalbehandlungen in der Schweiz, wie bei den in der Schweiz wohnhaften Versicherten, mitfinanzieren. Das mit dem EU-Koordinationsrecht übernommene Diskriminierungsverbot verlangt deshalb, dass die Grenzgängerinnen und Grenzgänger und ihre Familienangehörigen bei der Kostenübernahme von stationären Behandlungen gleich behandelt werden wie die in der Schweiz wohnhaften Versicherten. Zudem haben Umfragen gezeigt, dass die Kantone bereits heute bei einigen im Ausland lebenden Personen den Kantonsbeitrag übernehmen, z. B. auch bei den Entsandten, die sich in der Schweiz behandeln lassen. Zu erwähnen ist auch noch, dass sich die Grenzgängerinnen und Grenzgänger wahlweise in der Schweiz und in ihrem Wohnland behandeln lassen können und deshalb nicht alle Spitalbehandlungen in der Schweiz, an denen sich neu die Kantone beteiligen müssen, vornehmen lassen.

Die übrigen in der Schweiz Versicherten, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen, bezahlen in der Schweiz keine Steuern. Deshalb müssen die Kantone für diese Versicherten bei Spitalbehandlungen in der Schweiz keinen Beitrag übernehmen. Eine ungleiche Behandlung bei der Kostenübernahme von Spitalbehandlungen gegenüber den Grenzgängerinnen und Grenzgängern und den in der Schweiz wohnhaften Versicherten in dem Sinne, dass bei ihnen der Krankenversicherer auch den steuerfinanzierten Kantonsbeitrag übernehmen muss, ist gerechtfertigt. Deshalb liegt keine Verletzung des Diskriminierungsverbotes vor.

Auch aus dem europäischen Koordinationsrecht für die Sozialversicherungen geht hervor, dass die Grenzgängerinnen und Grenzgänger und ihre Familienangehörigen gegenüber den anderen Versicherten bessergestellt sind. So wird doch in Artikel 9 Absatz 2 des Anhangs I zum Freizügigkeitsabkommen ausdrücklich erwähnt, dass ein Arbeitnehmer und seine Familienangehörigen im Erwerbsland die gleichen steuerlichen und sozialen Vergünstigungen wie die inländischen Arbeitnehmer und ihre Familienangehörigen geniessen. Die Besserstellung schlägt sich auch im Behandlungswahlrecht nieder. Die Grenzgängerinnen und Grenzgänger und ihre Familienangehörigen haben gestützt auf die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 das Behandlungswahlrecht. Hingegen haben die Rentnerinnen und Rentner und ihre Familienangehörigen grundsätzlich kein Behandlungswahlrecht. Sie haben wie Touristinnen und Touristen ausserhalb des zuständigen Staates nur Anspruch auf die medizinisch notwendigen Behandlungen. Nur wenn sich der zuständige Staat wie die Schweiz in Anhang IV zur Verordnung (EG) 883/2004 einträgt, haben die Rentnerinnen und Rentner und ihre Familienangehörigen auch ein Behandlungswahlrecht.

Neu ist also eine Unterscheidung zu treffen zwischen den Grenzgängerinnen und Grenzgängern und ihren Familienangehörigen einerseits und den Rentnerinnen und Rentnern und ihren Familienangehörigen, den Familienangehörigen von Aufenthalterinnen und Aufenthaltern und

den Bezügerinnen und Bezüger einer Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung und ihren Familienangehörigen andererseits. Bei stationären Behandlungen von Grenzgängerinnen und Grenzgängern und ihren Familienangehörigen in der Schweiz erscheint es gerechtfertigt, dass die Kantone auch den Kantonsbeitrag übernehmen, wie bei den schweizerischen Versicherten. Bei den übrigen Versicherten, die in der Schweiz keine Steuern bezahlen, muss der zuständige Krankenversicherer bei Spitalbehandlungen die vollen Kosten übernehmen.

Abs. 1 Bst. b: Diese Bestimmung enthält Regelungen für die Versicherten, die in einem EU-/EFTA-Staat gesetzlich versichert sind und in einem EU-/EFTA-Staat wohnen. Sie wird materiell nicht geändert. Wie im 1. Abschnitt unter Ziffer 3 bereits ausgeführt wird, wird lediglich der Ausdruck Europäische Gemeinschaft durch Europäische Union ersetzt.

Die Regelung im bisherigen Absatz 1 Buchstabe c kann aufgehoben werden, weil die Sondervereinbarungen mit den erwähnten Staaten über das Behandlungswahlrecht nicht übernommen werden, denn neu haben alle Versicherten, die in der Schweiz versichert sind und in einem EU-/EFTA-Staat wohnen, das Behandlungswahlrecht. Sie fallen alle unter den Buchstaben a.

Abs. 2: In dieser neuen Bestimmung wird geregelt, welcher Kanton bei den Grenzgängerinnen und Grenzgängern und ihren Familienangehörigen den Kantonsanteil gemäss Artikel 49a Absätze 1 - 3 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) entrichten muss. Es ist derjenige Kanton, in welchem die Grenzgängerin oder der Grenzgänger arbeitet und der die Steuereinnahmen erhält.

Art. 92b Abs. 1, 3 und 4 Prämienberechnung

Abs. 1: Wie im 1. Abschnitt unter Ziffer 3 bereits ausgeführt wird, wird in dieser Bestimmung lediglich der Ausdruck Europäische Gemeinschaft durch Europäische Union ersetzt.

Abs. 3: In den meisten Ländern werden die Pauschalen abgeschafft. Folgende Länder werden bei den Rentnerinnen und Rentnern und ihren Familienangehörigen und bei den Familienangehörigen von Aufenthalterinnen und Aufenthaltern weiterhin Pauschalen erheben: Finnland, Grossbritannien, Irland, Italien, Malta, Niederlande, Portugal, Schweden und Spanien. Die Pauschalen decken neu lediglich die Kosten der medizinischen Behandlungen im Wohnland ab. Deshalb kann die bisherige Unterscheidung nach Versicherten, bei denen eine Rückvergütung der Leistungen nach Pauschalbeträgen erfolgt und nach Versicherten, bei denen eine Rückvergütung der Leistungen nach den effektiven Kosten erfolgt, aufgehoben werden. Neu haben die Versicherer bei der Festlegung der Prämien für alle Versicherten, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen, folgende Kosten zu berücksichtigen:

Bst. a: die Kosten für die Behandlungen im Wohnland, entweder die effektiven Kosten oder die Pauschalbeträge;

Bst. b: die effektiven Kosten für die Behandlungen in der Schweiz, in einem EU-/EFTA-Staat ausser dem Wohnland und in einem Drittstaat;

Bst. c: einen Zuschlag für die Bildung von Reserven und von Rückstellungen und für die Deckung der Verwaltungskosten, wie bei der bisherigen Regelung. Wegen der gleichzeitigen Revision von Artikel 4 Absätze 2 und 2bis der Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA) nach der alle Versicherten, die im Ausland wohnen, nicht mehr in den Risikoausgleich einzuberechnen sind, fällt der Zuschlag für eine Risikoabgabe weg.

Abs. 4: In diesem neuen Absatz wird geregelt, dass bei der Erstattung auf der Grundlage von

Pauschalbeträgen nach Absatz 3 Buchstabe a die Kostenentwicklung zwischen dem Jahr, für welches die letzten verfügbaren Pauschalbeträge erstellt wurden und dem Jahr, für das die Prämien erhoben werden, zu berücksichtigen sind, analog der bisherigen Regelung von Artikel 92b Absatz 3 Buchstabe a Ziffer 2 KVV.

Art. 92c Rechnungsführung

Wegen der Abschaffung der Pauschalen müssen die Krankenversicherer neu nur noch nach Mitgliedstaat der Europäischen Union, nach Island und Norwegen getrennt Rechnung führen. Wobei jeder Staat einzeln aufzuführen ist.

Art. 101a Besondere Versicherungsformen für Versicherte mit Wohnort in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder Norwegen

Überschrift und Abs. 1: Wie im 1. Abschnitt unter Ziffer 3 bereits ausgeführt wird, wird hier lediglich der Ausdruck Europäische Gemeinschaft durch Europäische Union ersetzt.

Der bisherige **Absatz 2** wird aufgehoben. Bis anhin bietet kein Krankenversicherer eine Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer für Grenzgängerinnen und Grenzgänger und ihre Familienangehörigen an. Zudem können sich neu alle in der Schweiz versicherten Personen, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen, wahlweise in ihrem Wohnland und in der Schweiz behandeln lassen, eine Einschränkung nur auf die Grenzgängerinnen und Grenzgänger und ihre Familienangehörigen für die Wahl dieser besonderen Versicherungsform wäre nicht gerechtfertigt.

Art. 103 Abs. 6 und 7 Franchise und Selbstbehalt

Abs. 6: Wie im 1. Abschnitt unter Ziffer 3 bereits ausgeführt wird, wird in dieser Bestimmung lediglich der Ausdruck Europäische Gemeinschaft durch Europäische Union ersetzt.

Abs. 7: Da sich neu alle in der Schweiz versicherten Personen, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen, wahlweise in ihrem Wohnland und in der Schweiz behandeln lassen können, müssen sie bei medizinischen Behandlungen in der Schweiz die volle Kostenbeteiligung nach Artikel 103 Absätze 1 bis 4 KVV wie die schweizerischen Versicherten bezahlen. Die Pauschale nach Artikel 103 Absatz 6 KVV ist vorgesehen für Versicherte, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen und dort gesetzlich versichert sind und die bei medizinischen Behandlungen in der Schweiz Anspruch auf Leistungsaushilfe haben.

Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...

Abs. 1: Wie bereits erwähnt wurde, wird die Übernahme der neuen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009 im Rahmen des EFTA-Abkommens, das die Schweiz mit den drei anderen EFTA-Staaten Island, Liechtenstein und Norwegen abgeschlossen hat, zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen. Deshalb muss in einer Übergangsbestimmung geregelt werden, dass die revidierten Bestimmungen in Bezug auf die EFTA-Staaten erst angewendet werden, wenn die entsprechende Änderung von Anhang K zum EFTA-Abkommen in Kraft ist. Bis dahin gelten in Bezug auf die EFTA-Staaten und die betroffenen Versicherten die bisherigen Regelungen.

Abs. 2: Je nach dem, wann die Änderung von Anhang II zum Freizügigkeitsabkommen in Kraft treten wird, sind weitere Übergangsbestimmungen notwendig oder nicht.

4 Inkraftsetzung

Da die meisten der vorgeschlagenen Anpassungen wegen der Änderung von Anhang II zum Freizügigkeitsabkommen notwendig werden, treten sie gleichzeitig mit dieser Änderung in Kraft.