



Europäische
Kommission

Ihre Rechte der sozialen Sicherheit

in Kroatien

Die Informationen in diesem Leitfaden wurden in enger Zusammenarbeit mit den nationalen Ansprechpartnern des Gegenseitigen Informationssystems für soziale Sicherheit (MISSOC) erstellt und aktualisiert. Nähere Informationen über das MISSOC-Netzwerk finden Sie unter:

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=de&catId=815>.

Der vorliegende Leitfaden enthält eine allgemeine Beschreibung der geltenden nationalen Regelungen zur sozialen Sicherheit. Nähere Informationen finden Sie in den verschiedenen MISSOC Veröffentlichungen unter dem oben aufgeführten Link zur MISSOC-Internetseite. Sie können auch die im Anhang aufgeführten kompetenten Behörden und Einrichtungen kontaktieren.

Weder die Europäische Kommission noch Personen, die in ihrem Namen handeln, sind für die Verwendung der in dieser Veröffentlichung enthaltenen Informationen verantwortlich.

Inhaltsverzeichnis

Kapitel I: Allgemeines, Organisation und Finanzierung	4
Allgemeines	4
Organisation der sozialen Sicherheit.....	5
Finanzierung	6
Kapitel II: Sachleistungen bei Krankheit	8
Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit	8
Abgedeckte Leistungen.....	8
Bezug von Sachleistungen bei Krankheit.....	9
Kapitel III: Geldleistungen bei Krankheit	10
Anspruch auf Geldleistungen bei Krankheit.....	10
Abgedeckte Leistungen.....	10
Bezug von Geldleistungen bei Krankheit	11
Kapitel IV: Leistungen bei Mutterschaft und Vaterschaft	12
Anspruch auf Leistungen bei Mutterschaft oder Vaterschaft	12
Abgedeckte Leistungen.....	12
Bezug von Leistungen bei Mutterschaft oder Vaterschaft.....	13
Kapitel V: Leistungen bei Invalidität	14
Anspruch auf Leistungen bei Invalidität	14
Abgedeckte Leistungen.....	14
Bezug von Leistungen bei Invalidität	15
Kapitel VI: Renten und Leistungen im Alter	16
Anspruch auf Altersrente	16
Abgedeckte Leistungen.....	16
Bezug von Altersrenten	17
Kapitel VII: Hinterbliebenenleistungen	18
Anspruch auf Hinterbliebenenleistungen	18
Abgedeckte Leistungen.....	19
Bezug von Hinterbliebenenleistungen	20
Kapitel VIII: Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten	21
Anspruch auf Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten	21
Abgedeckte Leistungen.....	21
Bezug von Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten	22
Kapitel IX: Familienleistungen	23
Anspruch auf Familienleistungen.....	23
Abgedeckte Leistungen.....	24
Bezug von Familienleistungen.....	25
Kapitel X: Leistungen bei Arbeitslosigkeit.....	26
Anspruch auf Leistungen bei Arbeitslosigkeit	26
Abgedeckte Leistungen.....	26
Bezug von Leistungen bei Arbeitslosigkeit	27
Kapitel XI: Mindestsicherung	28
Anspruch auf Leistungen zur Mindestsicherung	28
Abgedeckte Leistungen.....	28
Bezug von Leistungen zur Mindestsicherung	29
Kapitel XII: Leistungen bei Pflegebedürftigkeit	30
Anspruch auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit	30
Abgedeckte Leistungen.....	30
Bezug von Leistungen bei Pflegebedürftigkeit	31
Anhang: Nützliche Kontaktdaten und Internetadressen	33

Kapitel I: Allgemeines, Organisation und Finanzierung

Allgemeines

Das kroatische System der sozialen Sicherheit basiert überwiegend auf der Sozialversicherung, bestehend aus Rentenversicherung, Krankenversicherung und Arbeitslosenversicherung.

Es gibt keinen besonderen Versicherungszweig für Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten erhalten die Versicherten Krankengeld und Gesundheitsleistungen aus der einheitlichen Krankenversicherung und (unter vorteilhafteren Bedingungen) Renten aus der einheitlichen Rentenversicherung. Für Landwirte oder Beamte bestehen keine gesonderten Systeme. Bestimmte Personenkategorien (z. B. Parlamentarier, Offiziere des Militärs und Justizbeamte, kroatische Verteidiger im Heimatkrieg usw.) erhalten im Rahmen des allgemeinen Systems vorteilhaftere Bedingungen und höhere Leistungen.

Die Sozialversicherung wird durch Familienleistungen und Sozialhilfe ergänzt, die beitragsunabhängig und bedürftigkeitsabhängig sind.

Rentenversicherung

Die Rentenversicherung bietet Schutz bei Alter, Tod und Invalidität. Sie umfasst auch Invaliditätsleistungen (und teilweise Hinterbliebenenleistungen) bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten.

Sie besteht aus zwei obligatorischen Säulen:

- Die 1. Säule basiert auf der Solidarität zwischen den Generationen. Es handelt sich um ein Umlageverfahren, das leistungsorientiert ist.
 - Die 2. Säule ist ein kapitalgedecktes System auf der Basis individueller Vermögensbildung und mit Beitragszusage.
- Die 3. Säule ist ein freiwilliges, vollständig kapitalgedecktes System.

Krankenversicherung

Die Krankenversicherung sichert das Risiko der vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit oder Mutterschaft sowie den Bedarf an Gesundheitsleistungen ab. Sie umfasst zudem kurzfristige Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten.

Das System besteht aus der Pflichtkrankenversicherung (Grundversicherung) und der freiwilligen Krankenversicherung. Die Letztere kann

- eine ergänzende Krankenversicherung (*dopunsko zdravstveno osiguranje*) für Zuzahlungen oder die Kostenbeteiligung des Versicherten an Gesundheitsleistungen;
- eine Zusatzkrankenversicherung (*dotatno zdravstveno osiguranje*) für zusätzliche Leistungen und einen höheren Standard bei bestimmten Leistungen; oder
- eine private Krankenversicherung (*privatno zdravstveno osiguranje*) für Personen, die keine Mitglieder der Pflichtkrankenversicherung sind, sein.

Arbeitslosenversicherung

Die Arbeitslosenversicherung sichert das Risiko der Arbeitslosigkeit ab. Sie fördert auch die Beschäftigung und den Rehabilitationsprozess von Arbeitslosen mit berufsbedingter Behinderung. Ferner umfasst sie den Anspruch auf Berufsausbildung ohne Arbeitsvertrag im privaten und öffentlichen Sektor mit dem Ziel, die Vermittelbarkeit und Wettbewerbsfähigkeit junger Menschen auf dem Arbeitsmarkt zu verbessern.

Familienleistungen

Das System der Familienleistungen besteht aus Kindergeld, Elterngeld, staatlichen Zuschüssen für die Tagesbetreuung und Steuerermäßigungen aufgrund der Zahl der vom Steuerpflichtigen erzogenen Kinder. Das Kindergeldsystem ist bedürftigkeitsabhängig.

Sozialhilfesystem

Das Sozialhilfesystem ist ein universelles System, das sowohl finanzielle Sozialhilfe als auch soziale Dienste umfasst. Es erfasst alle bedürftigen kroatischen Staatsangehörigen und Ausländer (auch Staatenlose) mit ständigem Wohnsitz in Kroatien. Die Leistungen sind an eine Bedürftigkeitsprüfung gebunden.

Organisation der sozialen Sicherheit

Die vorgenannten Systeme fallen unter die Zuständigkeit der Ministerien und öffentlichen Einrichtungen mit den entsprechenden zentralen und regionalen Verwaltungseinheiten.

Das Ministerium für Arbeit und Rentenversicherung (*Ministarstvo rada i mirovinskoga sustava*) entwickelt Gesetzgebungsvorschläge und übt die allgemeine Aufsicht über die Umsetzung der obligatorischen Renten- und Arbeitslosenversicherung aus, während das Ministerium für Sozialpolitik und Jugend (*Ministarstvo socijalne politike i mladih*) diese Aufgaben für die Familien-, Mutterschafts- und Vaterschaftsleistungen umfassenden Systeme sowie die Sozialhilfe übernimmt. Das Ministerium für Gesundheit (*Ministarstvo zdravlja*) entwickelt Gesetzgebungsvorschläge und übt die allgemeine Aufsicht über die Umsetzung der Krankenversicherung aus.

Die Kroatische Rentenversicherungsanstalt (*Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje, HZMO*) verwaltet mit ihren zentralen und regionalen Verwaltungseinheiten die 1. Säule der Rentenversicherung. Private Pflichtrentenversicherer, die obligatorische Rentenfonds anbieten, verwalten die 2. Säule der Rentenversicherung, während das Zentralregister der Versicherten (*Središnji registar osiguranika, REGOS*) die individuellen Konten der Mitglieder der obligatorischen Rentenfonds führt. Die Kroatische Aufsichtsbehörde für Finanzdienstleistungen (*Hrvatska agencija za nadzor financijskih usluga, HANFA*) ist die Finanzaufsichtsbehörde für die 2. und 3. Säule der Rentenversicherung.

Die Krankengrundversicherung wird von der Kroatischen Krankenversicherungsanstalt (*Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, HZZO*) verwaltet. Die ergänzende

Krankenversicherung wird vor allem von der *HZZO*, aber auch einigen privaten Versicherungsunternehmen verwaltet. Die Zusatz- und andere private Krankenversicherungen werden von privaten Versicherungsunternehmen angeboten.

Das System der Arbeitslosenversicherung wird von der Kroatischen Arbeitsagentur (*Hrvatski zavod za zapošljavanje, HZZ*) verwaltet.

Das Kindergeldsystem wird von der Kroatischen Rentenversicherungsanstalt (*HMZO*) verwaltet, das Elterngeldsystem (Mutterschafts- und Vaterschaftsleistungen) dagegen von der Kroatischen Krankenversicherungsanstalt (*HZZO*).

Die sozialen Dienste werden von öffentlichen Einrichtungen erbracht, etwa von den vom Staat eingerichteten regionalen Sozialfürsorgezentren (*Centri socijalne skrbi*), den Heimen für Kinder ohne angemessene elterliche Betreuung, den Heimen für körperlich und psychisch beeinträchtigte Personen, den Heimen für Kinder und Jugendliche mit Verhaltensstörungen und den Heimen für psychisch kranke Erwachsene. Bestimmte soziale Dienste werden auch von religiösen Gemeinschaften, Nichtregierungsorganisationen (NRO) und den Verwaltungseinrichtungen der kommunalen und regionalen Selbstverwaltungseinheiten übernommen. Die Sozialfürsorgezentren entscheiden auch über die finanzielle Sozialhilfe.

Finanzierung

Das kroatische Sozialversicherungssystem finanziert sich aus Sozialversicherungsbeiträgen und Steuern.

Der Rentenversicherungsbeitrag wird von den Versicherten gezahlt (bei Arbeitnehmern wird er vom Arbeitgeber einbehalten und an die Einzugsstelle überwiesen). Bei Personen, die in der 1. und 2. Rentensäule pflichtversichert sind, wird der Beitrag aufgeteilt (15 % für die 1. Säule, 5 % für die 2. Säule). Neben den Beiträgen wird die 1. Säule auch aus dem Staatshaushalt und den Renditen der 2. Säule finanziert. Die 3. Säule finanziert sich aus den Prämien der Versicherten.

Die Krankengrundversicherung finanziert sich aus den Beiträgen der Arbeitgeber (aus der Lohn- und Gehaltssumme) und der Selbstständigen. Es gibt zwei zusätzliche Beiträge, nämlich den Beitrag für Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten und den Beitrag für medizinische Behandlungen während eines Auslandsaufenthalts. Der Letztere gilt nur für Länder außerhalb der EU, mit denen kein Sozialversicherungsabkommen abgeschlossen wurde. Die ergänzende, Zusatz- und weitere private Krankenversicherung finanziert sich aus den Prämien der Personen, die eine derartige freiwillige Versicherung abgeschlossen haben.

Die Arbeitslosenversicherung finanziert sich aus den Arbeitgeberbeiträgen.

Die Beiträge in allen Bereichen der Sozialversicherung unterliegen einer Unter- und Obergrenze, das heißt, es gibt einen Mindest- und einen Höchstbeitrag. Die Beiträge werden in einem zentralisierten und (mit den Steuereinnahmen) integrierten Einzugsystem von den Steuerbehörden eingezogen.

Die Familienleistungen werden aus dem Staatshaushalt finanziert.

Die öffentlichen Einrichtungen und die nach dem Gesetz über die soziale Fürsorge (*Zakon o socijalnoj skrbi*) gewährte Sozialhilfe werden überwiegend aus dem Staatshaushalt, zum Teil auch aus den Haushalten der regionalen (einschließlich der

Stadt Zagreb) und kommunalen Selbstverwaltungseinheiten finanziert. Die sozialen Dienste sind zum Teil von den Leistungsempfängern und deren Angehörigen mitzufinanzieren.

Kapitel II: Sachleistungen bei Krankheit

Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit

Für Arbeitnehmer, Selbstständige oder Arbeitslose, Landwirte, Rentner, bezahlte Vollzeit-Auszubildende, Personen in der beruflichen Rehabilitation, Minderjährige oder Studenten, behinderte Kriegsveteranen oder Behinderte ohne Existenzmittel besteht Versicherungspflicht in der Krankenversicherung. Falls Sie nicht in einer anderen Kategorie versichert sind, aber ihren ständigen Wohnsitz in Kroatien haben, sind Sie ebenfalls versichert.

Ferner haben abhängige Angehörige einschließlich Ehegatten oder Lebensgefährten, Kinder bis 18 Jahre oder bis 26 Jahre, falls sie Vollzeitstudenten sind, oder länger, falls sie behindert sind, und bestimmte andere Personen mit Betreuungsbedarf, etwa abhängige Verwandte, behinderte Geschwister, Großeltern und Enkel, ebenfalls Anspruch auf Leistungen bei Krankheit.

In der Regel sind Krankheitsleistungen nicht an Vorversicherungszeiten gebunden. Bei einigen orthopädischen und zahnärztlichen Hilfsmitteln kann jedoch eine bestimmte Vorversicherungszeit erforderlich sein. Dieses Erfordernis gilt allerdings nicht für Minderjährige und Behinderte.

Abgedeckte Leistungen

Falls Sie Mitglied der Pflichtkrankenversicherung sind, haben Sie Zugang zu Ärzten der Allgemein- und Fachmedizin. Sie können sich auch im Krankenhaus behandeln lassen, sofern Ihr Gesundheitszustand dies erfordert. Die präventive und kurative zahnärztliche Behandlung ist abgedeckt, und Zahnprothesen werden in Abhängigkeit von Ihrem Alter teilweise übernommen. Sie haben Zugang zu Arzneimitteln, wobei die Arzneimittel auf der Basisliste und die in Krankenhäusern verabreichten Arzneimittel voll übernommen werden. Bei Arzneimitteln auf der Zusatzliste haben Sie eine Zuzahlung (Kostenbeteiligung) zu leisten. Auch orthopädische und andere Hilfsmittel werden von der Pflichtkrankenversicherung nur teilweise übernommen. Sie haben ferner Anspruch auf medizinische Behandlung im Ausland, die von der Kroatischen Krankenversicherungsanstalt (*HZZO*) (in begrenztem Maße) übernommen wird.

Die Pflichtkrankenversicherung übernimmt die Behandlungskosten in unterschiedlichem Maße. Der Restbetrag ist direkt von Ihnen oder (gegebenenfalls) von Ihrer freiwilligen (ergänzenden) Krankenversicherung zu übernehmen. Falls Sie jedoch unter 18 Jahre alt, ordentlicher Student, Behinderter mit ständigem Hilfsbedarf oder Organspender sind oder an einer bestimmten aufgelisteten Krankheit leiden, sind Sie von der Zuzahlung befreit. Es gibt ferner eine Obergrenze der Kostenbeteiligung pro ausgestellter Arztrechnung.

Gesundheitsleistungen, die nicht für medizinische Zwecke erforderlich sind (falls Sie z. B. ausdrücklich bestimmte medizinisch nicht indizierte Verfahren wünschen, unter anderem kosmetische Chirurgie, unabhängig davon, ob dies auf religiösen Überzeugungen beruht), experimentelle Therapien, Behandlungen, die über bestimmte Standards hinausgehen, die Behandlung medizinischer Komplikationen aufgrund von Gesundheitsleistungen außerhalb der Pflichtkrankenversicherung, werden nicht von

der Pflichtkrankenversicherung übernommen. Diese Gesundheitsleistungen sind vom Patienten in vollem Umfang selbst zu zahlen.

Bezug von Sachleistungen bei Krankheit

Sie können Ärzte aufsuchen, die in staatseigenen medizinischen Einrichtungen angestellt sind, oder private Ärzte und Krankenhäuser, die von der Kroatischen Krankenversicherungsanstalt (*HZZO*) vertraglich verpflichtet sind. Da die Zahlung in den Verträgen zwischen der *HZZO* und den Leistungsanbietern im Gesundheitswesen geregelt ist, müssen Sie den Arzt nicht sofort bezahlen und sich danach die Kosten erstatten lassen.

Sie können Ärzte der medizinischen Grundversorgung, d. h. Allgemeinärzte, Kinderärzte, Gynäkologen und Zahnärzte, für mindestens ein Jahr frei wählen (aber auch ein früherer Wechsel ist möglich). Diese fungieren als so genannte ‚Gatekeeper‘, sodass ein Facharzt nur mit Überweisung durch einen Allgemeinarzt aufgesucht werden kann. Liegt die Überweisung vor, können auch Fachärzte, öffentliche Krankenhäuser und vertraglich verpflichtete private Krankenhäuser frei gewählt werden. In der Regel müssen Sie sich jedoch an den nächsten vertraglich verpflichteten Facharzt wenden; andernfalls müssen Sie die Fahrtkosten selbst tragen.

Sie können Anspruch auf die Erstattung von Reisekosten haben, etwa, falls Sie einen nicht an Ihrem Wohnsitz ansässigen Arzt aufsuchen müssen oder bereit sind, einen weiter entfernt ansässigen Arzt aufzusuchen, um die Wartezeit zu verkürzen, oder falls Sie von der *HZZO* zu einer ärztlichen Untersuchung geladen werden.

Kapitel III: Geldleistungen bei Krankheit

Anspruch auf Geldleistungen bei Krankheit

Falls Sie erwerbstätig versichert und vorübergehend nicht arbeitsfähig sind, können Sie Anspruch auf Krankengeld haben, das von der Pflichtkrankenversicherung gezahlt wird.

Die folgenden Personengruppen gelten als erwerbstätige Versicherte: Arbeitnehmer (auch gleichgestellte Beamte), Selbstständige, Vollzeit-Landwirte, Vorstandsmitglieder und Geschäftsführer privater Unternehmen, Geistliche, Personen, die Behinderte aus dem Heimatkrieg betreuen, und eines der Elternteile, das ein behindertes Kind betreut.

Der Grund für den vorübergehenden Verlust Ihrer Arbeitsfähigkeit kann nicht nur eine Krankheit oder Verletzung sein, sondern auch eine ärztliche Untersuchung, die nicht außerhalb Ihrer Arbeitszeit durchgeführt werden kann, eine medizinisch erforderliche Isolation, Schwangerschaftskomplikationen, die Begleitung eines Kranken zu einer ärztlichen Behandlung oder die Pflege eines kranken Kindes oder Ehegatten.

Um reguläre Krankheitsleistungen beziehen zu können, müssen Sie eine Versicherungszeit von mindestens neun Monaten zurückgelegt haben (oder von mindestens 12 Monaten in den letzten zwei Jahren, falls Sie Berufsunterbrechungen hatten). Falls Sie diese Mindestversicherungszeit nicht erreichen, können Sie dennoch anspruchsberechtigt sein, erhalten aber nur das Mindestkrankengeld.

Abgedeckte Leistungen

Krankengeld wird gewöhnlich für die ersten 42 Tage (bzw. die ersten sieben Tage bei behinderten Arbeitnehmern) der krankheitsbedingten Abwesenheit vom Arbeitsplatz vom Arbeitgeber gezahlt. Die Leistungshöhe richtet sich nach den Tarifverträgen, darf jedoch den gesetzlich festgelegten Mindestbetrag nicht unterschreiten. Selbstständige müssen den Einkommensausfall in dieser ersten Krankheitszeit aus ihren eigenen Ersparnissen oder Einkünften decken.

Ab dem 43. Fehltag (bzw. dem 8. Fehltag bei Behinderten) wird das Krankengeld von der Kroatischen Krankenversicherungsanstalt (*HZZO*) gezahlt. In bestimmten Fällen wird es (auch an Selbstständige) ab dem ersten Fehltag gezahlt, etwa wenn Sie aus medizinischen Gründen isoliert werden, einen Patienten begleiten, ein krankes Kind oder einen kranken Ehegatten betreuen oder an Schwangerschaftskomplikationen leiden.

Die Berechnung des von der *HZZO* gezahlten Krankengeldes richtet sich nach dem durchschnittlichen Nettolohn der sechs Monate vor dem Monat der Krankheit. Es wird voll bezahlt (100 % der Berechnungsgrundlage), falls die Krankheit aus dem Heimatkrieg herrührt, falls ein krankes Kind unter drei Jahren gepflegt wird, falls Sie Gewebe- und Organspender sind, im Falle von Isolation oder Schwangerschaftskomplikationen. In allen anderen Fällen beträgt es 70 % der Berechnungsgrundlage. Sowohl die Mindest- als auch die Höchstleistungen sind gesetzlich festgelegt.

Sie können bis zu Ihrer Genesung Anspruch auf Krankengeld haben, in der Regel jedoch für dieselbe Diagnose nur für einen ununterbrochenen Zeitraum von 18 Monaten. Nach diesem Zeitraum wird der Krankengeldbetrag um 50 % gekürzt. Diese Kürzung wird bei bestimmten sehr schweren Krankheiten nicht vorgenommen. Wenn die medizinische Behandlung abgeschlossen ist bzw. nach zwölfmonatiger Abwesenheit vom Arbeitsplatz ist zu prüfen, ob Anspruch auf eine Invaliditätsrente besteht.

Bei der Pflege unmittelbarer Angehöriger ist die Dauer des Krankengeldes begrenzt. Es wird für die Pflege eines Kindes bis sieben Jahre bis zu 60 Arbeitstage, für die Pflege eines Kindes über diesem Alter (bis zur Volljährigkeit) bis zu 40 Arbeitstage gezahlt. Falls die Art der Krankheit dies erforderlich macht, kann dieser Zeitraum durch medizinische Sachverständige der *HZZO* verlängert werden. Für die Pflege eines Ehegatten (oder eines Kindes über 18 Jahren) mit einer schweren Krankheit wird Krankengeld bis zu 20 Tage gezahlt. Dieselbe Begrenzung gilt für jeden Fall der Pflege eines kranken Angehörigen.

Bezug von Geldleistungen bei Krankheit

Die Arbeitsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit eines Angehörigen ist von einem Allgemeinarzt Ihrer Wahl festzustellen. Falls sich Ihr Gesundheitszustand nach sechsmonatigem Bezug von Krankengeld verbessert hat, kann Ihr Arzt verlangen, dass Sie während eines bestimmten Zeitraums in Teilzeit arbeiten, falls Sie dadurch Ihre volle Arbeitsfähigkeit früher wieder erlangen.

Falls Sie mit der Entscheidung über die Wiedererlangung Ihrer vollen Arbeitsfähigkeit nicht einverstanden sind, können Sie eine Verwaltungsentscheidung der Kroatischen Krankenversicherungsanstalt (*HZZO*) fordern. Diese Entscheidung wird nach einer persönlichen medizinischen Untersuchung durch Ärzte der *HZZO* mit der Möglichkeit einer Berufung zügig gefällt.

Die *HZZO* übt auch die Aufsicht über die Feststellung der vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit aus. Dies umfasst eine Inspektion der Praxis des Hausarztes und des Versicherten in oder außerhalb der Arztpraxis, unter anderem bei Hausbesuchen. Auch Ihr Arbeitgeber kann eine Inspektion der *HZZO* verlangen.

Das Krankengeld der *HZZO* wird ebenfalls von Ihrem Arbeitgeber ausgezahlt und danach von der *HZZO* erstattet. Falls Ihr Arbeitgeber hierzu jedoch nicht in der Lage ist (etwa wegen einer Insolvenz oder eines Insolvenzverfahrens), kann die *HZZO* das Krankengeld direkt auf Ihr Konto überweisen.

Kapitel IV: Leistungen bei Mutterschaft und Vaterschaft

Anspruch auf Leistungen bei Mutterschaft oder Vaterschaft

Frauen haben vor, während und nach der Geburt eines Kindes Anspruch auf Leistungen aus der Pflichtkrankenversicherung. Eine Vorversicherungszeit ist nicht erforderlich.

Die Rechte auf Elternurlaub und Geldleistungen werden in einem separaten System für Mutterschafts- und Elternleistungen geregelt.

Sie können Anspruch auf Mutterschafts- und Elternurlaub/-leistungen haben, falls Sie Arbeitnehmer (oder gleichgestellter Beamter), Selbstständiger oder Landwirt sind. Sie können auch anspruchsberechtigt sein, falls Sie arbeitslos, Rentner, Student oder aus anderem Grund Mitglied der Pflichtkrankenversicherung sind.

Einigen Kategorien wird der gleiche Status wie den Eltern eines Kindes zuerkannt, unter anderem Adoptiveltern, gesetzlichen Vormündern von Minderjährigen und Pflegeeltern.

Um als Erwerbstätiger Mutter- oder Vaterschaftsleistungen (*naknada plaće*) beziehen zu können, müssen Sie eine Versicherungszeit von mindestens 12 Monaten (bzw. von mindestens 18 Monaten in den letzten zwei Jahren bei Berufsunterbrechungen) zurückgelegt haben. Falls diese Voraussetzung nicht erfüllt ist oder Sie nicht erwerbstätig sind, können Sie Anspruch auf eine niedrigere Geldleistung (*novčana naknada*) oder eine finanzielle Unterstützung (*novčana pomoć*) haben.

Abgedeckte Leistungen

Frauen haben vor, während und nach der Geburt eines Kindes Anspruch auf Gesundheitsleistungen ohne Zuzahlungen oder Kostenbeteiligung. Die medizinischen Untersuchungen bei öffentlichen und vertraglich verpflichteten Leistungsanbietern im Gesundheitswesen sind kostenlos.

Arbeitnehmerinnen und selbstständige Schwangere haben 28 Tage vor dem Geburtstermin Anspruch auf Mutterschaftsurlaub (*rodiljni dopust*). Bei aus der Schwangerschaft herrührenden Komplikationen kann der vorgeburtliche Mutterschaftsurlaub 45 Tage vor der Entbindung angetreten werden.

Nach der Geburt eines Kindes haben Mütter Anspruch auf nachgeburtlichen Mutterschaftsurlaub, bis das Kind sechs Monate alt wird. Dieser Zeitraum wird zwischen dem obligatorischen und dem zusätzlichen nachgeburtlichen Mutterschaftsurlaub aufgeteilt.

Der obligatorische Mutterschaftsurlaub beträgt 70 Tage nach der Geburt und muss von der Mutter genommen werden. Unter außergewöhnlichen Umständen (etwa, wenn die Mutter stirbt oder ein anderer schwerwiegender Grund vorliegt) kann der Vater des Kindes anspruchsberechtigt sein.

Der zusätzliche nachgeburtliche Mutterschaftsurlaub beginnt nach dem obligatorischen Mutterschaftsurlaub und dauert, bis das Kind sechs Monate alt wird. Statt den zusätzlichen Mutterschaftsurlaub in Anspruch zu nehmen, kann die Mutter (in Voll- oder Teilzeit) eine Anstellung oder selbstständige Tätigkeit wieder aufnehmen; der Urlaub kann dann (ganz oder teilweise) auf den Vater des Kindes übertragen werden, sofern dieser damit einverstanden ist.

Ähnliche Regelungen für den nachgeburtlichen Mutterschaftsurlaub (oder die Zeit der Mutterschaftsfürsorge) gelten für Arbeitslose, die berechtigt sind, in den vorgenannten Zeiten die Stellensuche auszusetzen, und für Personen außerhalb des Arbeitsmarktes (etwa Studenten).

Mutterschaftsurlaub kann auch bei Adoption in Anspruch genommen werden. Der Urlaub kann zwischen beiden Eltern aufgeteilt werden.

Bei angestellten und selbstständigen Eltern werden die Mutterschaftsleistungen ab dem ersten Anspruchstag von der Pflichtkrankenversicherung gezahlt. Sie betragen 100 % des Monatseinkommens des Versicherten.

Bezug von Leistungen bei Mutterschaft oder Vaterschaft

Die Leistungen werden in öffentlichen und vertraglich verpflichteten privaten Krankenhäusern erbracht.

Für Mutterschaftsurlaub/-leistungen ist eine Bescheinigung des persönlichen Gynäkologen über den voraussichtlichen Geburtstermin vorzulegen. Geldleistungen (einschließlich der Leistungen bei Adoption) sind grundsätzlich bei der örtlichen Niederlassung der Kroatischen Krankenversicherungsanstalt (*HZZO*) zu beantragen. Sie müssen ferner Ihren Arbeitgeber ordnungsgemäß über Ihren Urlaub informieren.

Die *HZZO* verwaltet auch die übrigen Geldleistungen bei Mutterschaft und die finanzielle Unterstützung.

Kapitel V: Leistungen bei Invalidität

Anspruch auf Leistungen bei Invalidität

Leistungsanspruch bei Invalidität besteht für Versicherte in der Pflichtrentenversicherung. In der Rentenversicherung der 1. Säule sind Arbeitnehmer, Selbstständige und Landwirte gegen alle Risiken (einschließlich Invalidität) abgesichert. Die obligatorische 2. Säule bietet ergänzende Leistungen.

Für den Bezug einer Invaliditätsrente (*invalidska mirovina*) und anderer Invaliditätsleistungen muss die Invalidität festgestellt werden. Dies ist der Fall bei Einschränkung oder Verlust der Erwerbsfähigkeit aufgrund einer dauerhaften Verschlechterung des Gesundheitszustandes (durch Verletzung oder Krankheit), die durch medizinische Behandlung nicht behoben werden kann. Bei der Definition von Invalidität wird zwischen Erwerbs- und Berufsunfähigkeit unterschieden.

Erwerbsunfähigkeit besteht bei dauerhaftem und vollständigem Verlust der Erwerbsfähigkeit. Berufsunfähigkeit besteht bei dauerhafter Erwerbsminderung um mehr als 50 % (ab 51 %) im Vergleich mit einem körperlich und psychisch gesunden Versicherten mit gleicher oder ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Fähigkeiten.

Die Invaliditätsrente kann nur vor dem 65. Lebensjahr gewährt werden, sofern die Rentenversicherungszeit mindestens einem Drittel Ihres Arbeitslebens entspricht. Als Arbeitsleben gilt die Anzahl der vollen Jahre zwischen dem Alter von 20 Jahren (23 Jahre bei Personen mit post-sekundärer Qualifikation und 26 Jahre bei Personen mit Universitätsabschluss) und dem Tag des Eintretens der Invalidität. Dieser Zeitraum kann um Zeiten des vorgeschriebenen Wehrdienstes und der Arbeitslosigkeit verkürzt werden.

Für jüngere Behinderte gelten weniger strenge Voraussetzungen. Falls Sie unter 30 Jahre alt sind, genügt ein Versicherungsjahr; falls Sie zwischen 30 und 35 Jahre alt sind, sind zwei Versicherungsjahre (oder ein Jahr bei Hochschulabsolventen) ausreichend. In beiden Fällen muss die Invalidität während der Versicherung oder innerhalb eines Jahres nach Beendigung der Versicherung eintreten.

Sie können Anspruch auf berufliche Rehabilitation (*profesionalna rehabilitacija*) haben, falls Sie unter 50 Jahre alt sind, über eine verbleibende Erwerbsfähigkeit verfügen, die für die Invaliditätsrente erforderliche Versicherungszeit zurückgelegt haben und möglicherweise in der Lage sind, in Vollzeit an einem anderen Arbeitsplatz zu arbeiten.

Abgedeckte Leistungen

Die Invaliditätsleistungen der 1. Säule richten sich nach Ihrem früheren Einkommen, dem Grad der Invalidität, der Beschäftigungsdauer und einem Quotienten, den die Kroatische Rentenversicherungsanstalt (HZMO) anhand statistischer Informationen festlegt (und der den jährlichen Wert des Durchschnittseinkommens einbezieht).

Die 2. Säule der Rentenversicherung ist kapitalgedeckt und in erster Linie auf die Finanzierung der Altersrenten gerichtet. Falls Ihnen aufgrund von Erwerbsunfähigkeit eine Invaliditätsrente zusteht, werden die Mittel, über die Sie auf dem Konto der 2. Säule verfügen, auf die 1. Säule übertragen, um eine Invaliditätsrente der 1. Säule

auszuzahlen. Falls eine gesonderte Invaliditätsgrundrente und eine Rente der 2. Säule vorteilhafter sind, können in Ausnahmefällen beide Renten gezahlt werden. Falls Sie aufgrund von Berufsunfähigkeit Anspruch auf eine Invaliditätsrente haben, verbleiben die Mittel auf Ihrem Konto der 2. Säule, bis Sie die Voraussetzungen für eine Altersrente erfüllen oder Erwerbsunfähigkeit eintritt.

Die Invaliditätsrente der 1. Säule wird anhand Ihres Jahreslohns im Verhältnis zum durchschnittlichen nationalen Jahreslohn aller Beschäftigten berechnet. Das Ergebnis ist ein Wertpunkt für jedes Jahr Ihrer Erwerbsbiografie. Alle Wertpunkte werden addiert und durch die Anzahl der Arbeitsjahre dividiert. Das Ergebnis ist der durchschnittliche Wertpunkt, der in der Rentenformel angesetzt wird.

Die Berechnung der Invaliditätsrente erfolgt durch Multiplikation der persönlichen Entgeltpunkte, des Rentenfaktors und des aktuellen Rentenwerts. Ihre persönlichen Entgeltpunkte richten sich nach Ihrem durchschnittlichen Wertpunkt und Ihrer gesamten Versicherungszeit. Der Rentenfaktor variiert je nach Art der Invalidität: Bei Erwerbsunfähigkeit beträgt er 1,0, bei Berufsunfähigkeit 0,8 (0,5, falls Sie gleichzeitig angestellt oder selbstständig sind). Der aktuelle Rentenwert (Betrag eines persönlichen Entgeltpunktes) wird zweimal jährlich von der *HZMO* festgelegt.

Eine Mindestinvaliditätsrente wird aus der 1., nicht jedoch aus der 2. Säule gewährt. Für die Letztere bestehen zudem keine Obergrenzen. Die Renten aus der 1. Säule sind begrenzt, da der durchschnittliche Wertpunkt 3,8 nicht übersteigen darf (Ihr Durchschnittslohn aus der gesamten Erwerbsbiografie darf 3,8 Durchschnittslöhne aller Beschäftigten im gleichen Zeitraum nicht übersteigen).

Die berufliche Rehabilitation wird vom Arbeitgeber in Zusammenarbeit mit der *HZMO* organisiert. Einkommensersatzleistungen (*naknada plaće*) werden für die Zeit zwischen dem Eintreten der Invalidität und dem Beginn der beruflichen Rehabilitation und zwischen deren Abschluss und der Aufnahme einer neuen Stelle gezahlt (jedoch höchstens 12 Monate, falls Sie arbeitslos gemeldet sind).

Bezug von Leistungen bei Invalidität

Ihre Invalidität wird bis zum 65. Lebensjahr alle vier Jahre von medizinischen Sachverständigen der Kroatischen Rentenversicherungsanstalt (*HZMO*) beurteilt. Auch nach diesem Alter können Sie die Invaliditätsrente weiter beziehen; Ihre Invaliditätsrente wird nicht in eine Altersrente umgewandelt.

Der Antrag auf Leistungen bei Invalidität wird vom Hausarzt eines Arbeitnehmers oder Selbstständigen bei der regionalen Niederlassung der *HZMO* gestellt, die für den Ort, an dem die (selbstständige oder unselbstständige) Beschäftigung ausgeübt wird, zuständig ist. Falls Sie arbeitslos sind und Invaliditätsleistungen beantragen wollen, sollten Sie den Antrag selbst ausfüllen und bei der regionalen Niederlassung der *HZMO*, die für Ihren Wohnort zuständig ist, einreichen. Falls Sie nicht in Kroatien wohnhaft sind, ist der Antrag bei der zuständigen regionalen Niederlassung des Gebiets zu stellen, in dem Sie zuletzt (z. B. als Arbeitnehmer) versichert waren.

Falls der Antrag auf Beurteilung der Invalidität von Ihrem Hausarzt gestellt wurde, leitet die *HZMO* selbst (von Amts wegen) das Verfahren ein.

Kapitel VI: Renten und Leistungen im Alter

Anspruch auf Altersrente

Der Anspruch auf eine Altersrente (*starosna mirovina*) ist vom Alter, dem Geschlecht und der Versicherungszeit abhängig. Sie wird an Erwerbstätige gezahlt, unter anderem Arbeitnehmer, Beamte, Selbstständige und Landwirte, wenn sie ihre berufliche Tätigkeit einstellen.

Sie können eine Altersrente beziehen, wenn Sie die Mindestversicherungszeit von 15 Jahren zurückgelegt und das 65. Lebensjahr (bei Männern) bzw. das 61. Lebensjahr (bei Frauen, ab 2014) erreicht haben. Das Rentenalter für Frauen wird schrittweise angehoben, nämlich um drei Monate jährlich, und im Jahr 2030 an das Rentenalter für Männer (65 Jahre) angeglichen sein.

Wenn Sie ein Alter von 60 (Männer) bzw. 56 Jahren (Frauen, ab 2014) erreichen, können Sie eine vorzeitige Altersrente (*prijevremena starosna mirovina*) beantragen, sofern Sie eine Versicherungszeit von mindestens 35 Jahren (Männer) bzw. 31 Jahren (Frauen, ab 2014) zurückgelegt haben. Die Mindestvoraussetzungen für Frauen und Männer werden durch Anhebung der Altersgrenze und der Versicherungszeit für Frauen (um drei Monate jährlich) bis 2030 angeglichen.

Aus der obligatorischen 2. Säule werden kapitalgedeckte Zusatzrenten gezahlt.

Abgedeckte Leistungen

Die Alters- und Frührenten der 1. (öffentlichen) Säule der Rentenversicherung werden anhand des Jahreslohns im Verhältnis zum nationalen jährlichen Durchschnittslohn aller Beschäftigten berechnet. Das Ergebnis ist ein Wertpunkt für jedes Jahr Ihrer Erwerbsbiografie. Alle Wertpunkte werden addiert und durch die Anzahl der Arbeitsjahre dividiert. Das Ergebnis ist der durchschnittliche Wertpunkt, der in der Rentenformel angesetzt wird.

Alters- und Frührenten werden durch Multiplikation der persönlichen Entgeltpunkte, des Rentenfaktors und des aktuellen Rentenwerts berechnet. Ihre persönlichen Entgeltpunkte richten sich nach Ihrem durchschnittlichen Wertpunkt und Ihrer gesamten Versicherungszeit. Der Rentenfaktor ist sowohl für die Alters- wie die Frührente auf 1,0 festgelegt. Der aktuelle Rentenwert (d. h. der Betrag eines persönlichen Entgeltpunktes) wird zweimal jährlich von der Kroatischen Rentenversicherungsanstalt (HZMO) festgesetzt.

Eine Mindestaltersrente wird aus der 1., nicht jedoch aus der 2. Säule gewährt. Für die Letztere bestehen zudem keine Obergrenzen. Die Renten aus der 1. Säule sind begrenzt, da der durchschnittliche Wertpunkt 3,8 nicht übersteigen darf (Ihr Durchschnittslohn aus der gesamten Erwerbsbiografie darf 3,8 Durchschnittslöhne aller Beschäftigten im gleichen Zeitraum nicht übersteigen).

Wenn Sie bei Erreichen des 65. Lebensjahres eine Altersrente beantragen, erhöht sich Ihre Rente um 0,15 % je Monat des Aufschubs. Diese Erhöhung wird für höchstens fünf Jahre gewährt und beträgt höchstens 9 %.

Eine Frührente wird als reduzierte Altersrente berechnet. Die Reduzierung reicht von 0,15 bis 0,34 % monatlich zwischen 36 und 40 Jahren Versicherungszeit. Bei kürzeren Versicherungszeiten ist sie höher.

Die Altersrente der obligatorischen 2. Säule wird anhand der Mittel, die Sie auf Ihrem individuellen Konto angespart haben, und den geschlechtsneutralen versicherungsmathematischen Tabellen berechnet.

Bezug von Altersrenten

Anträge auf Alters- oder Frührente sind bei der regionalen Niederlassung der Kroatischen Rentenversicherungsanstalt (*HZMO*) zu stellen, die für Ihren Arbeitsort zuständig ist. Falls Sie nicht in Kroatien wohnhaft sind, ist der Antrag bei der zuständigen regionalen Niederlassung des Gebiets zu stellen, in dem Sie zuletzt versichert waren.

Sie können den Antrag frühestens zwei Monate vor Erfüllung der Rentenvoraussetzungen stellen. Allerdings können Sie die *HZMO* sechs Monate vorher benachrichtigen, damit diese alle Informationen überprüfen kann. Sie können ferner vorab eine (nicht verbindliche) Rentenschätzung anfordern.

Eine Alters- oder Frührente ist innerhalb von sechs Monaten nach Erfüllung aller Voraussetzungen zu beantragen. Falls Sie diese Frist nicht einhalten, wird die Rente ab dem ersten Tag des auf die Antragstellung folgenden Monats und nur für sechs Monate rückwirkend gezahlt. Falls Sie den Antrag z. B. zehn Monate nach Erfüllung der Voraussetzungen (einschließlich der Voraussetzung, dass Sie Ihre Erwerbstätigkeit beenden) stellen, wird Ihre Rente nur für die letzten sechs Monate rückwirkend gezahlt.

Bei der obligatorischen Zusatzrente der 2. Säule können Sie ein Rentenversicherungsunternehmen wählen, das die Rente zahlt. Nach dem vorgeschriebenen Verfahren ordnet das Zentralregister der Versicherten (*REGOS*) die Übertragung der Mittel auf Ihrem persönlichen Konto auf das Konto des gewählten Rentenversicherungsunternehmens an. Aus dem übertragenen Vermögen zahlt Ihnen das Rentenversicherungsunternehmen gemäß dem mit diesem Unternehmen abgeschlossenen Vertrag (nach Abzug der vorgeschriebenen Gebühr) eine monatliche Rente der 2. Säule aus.

Kapitel VII: Hinterbliebenenleistungen

Anspruch auf Hinterbliebenenleistungen

Sie können Anspruch auf eine Familienrente (*obiteljska mirovina*) haben, falls die entsprechenden Voraussetzungen beiderseits, d. h. seitens des verstorbenen Leistungsberechtigten und des anspruchsberechtigten Angehörigen, erfüllt sind. Für die Familienrenten der 1. und 2. Säule gelten die gleichen Voraussetzungen.

Voraussetzungen seitens des verstorbenen Versicherten

Hinterbliebene Angehörige können eine Familienrente beziehen, sofern der Verstorbene:

- mindestens fünf Versicherungsjahre (Beitragszeit) oder eine Versicherungszeit von zehn Jahren zurückgelegt hat, wobei dieser Zeitraum auch die anrechenbaren bzw. berücksichtigungsfähigen beitragsfreien Zeiten umfasst;
- die für eine Invaliditätsrente erforderliche Versicherungszeit zurückgelegt hat;
- bereits eine Alters-, Früh- oder Invaliditätsrente bezogen hat, oder
- sich in der beruflichen Rehabilitation befand.

Voraussetzungen für hinterbliebene Ehegatten

Hinterbliebene Ehegatten, Lebensgefährten (sofern die Lebensgemeinschaft mindestens drei Jahre gedauert hat) oder unterhaltsberechtigter geschiedener Ehegatten verstorbener Versicherten können Anspruch auf eine Familienrente haben.

Sie können anspruchsberechtigt sein, falls Sie:

- zum Todeszeitpunkt das 50. Lebensjahr erreicht haben; falls Sie jedoch das 45. Lebensjahr erreicht haben, können Sie eine Anwartschaft erwerben, und das Recht auf Rentenbezug kann anerkannt werden, wenn Sie 50 Jahre alt werden,
- unter einer anerkannten Erwerbsunfähigkeit leiden oder ungeachtet Ihres Alters innerhalb eines Jahres nach dem Tod erwerbsunfähig werden,
- ein Kind haben, das Anspruch auf eine Familienrente hat, und für dieses Kind weiter unterhaltspflichtig sind, selbst wenn es nach dem Tod des Verstorbenen geboren ist.

Voraussetzungen für hinterbliebene Kinder

Kinder haben bis zum Alter von 15 bzw. 18 Jahren (falls sie arbeitslos gemeldet sind) oder bis zum Abschluss einer Vollzeit-Ausbildung Anspruch auf eine Familienrente, in der Regel jedoch nur bis zum 26. Lebensjahr (bei Krankheit ist eine Verlängerung möglich).

Ein Kind, das während des Bezugs der Familienrente und selbst nach den vorgenannten Altersgrenzen (falls das Kind vom Verstorbenen unterhalten wurde) voll erwerbsunfähig wird, hat für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit weiter Anspruch auf die Rente.

Kinder, die in oder außerhalb einer Ehe geboren sind, sowie Adoptivkinder werden gleich behandelt. Stiefkinder, Enkelkinder und andere Kinder ohne Eltern, die vom Verstorbenen unterhalten wurden, sind ebenfalls abgesichert.

Voraussetzungen für Eltern und Geschwister

Eltern, die zum Todeszeitpunkt vom Verstorbenen unterhalten wurden, haben Anspruch auf eine Familienrente, falls sie das 60. Lebensjahr erreicht haben oder bei ihnen Erwerbsunfähigkeit festgestellt wurde.

Abhängige Geschwister des verstorbenen Versicherten können ebenfalls Anspruch auf eine Familienrente haben, jedoch nur, wenn sie die für Kinder geltenden Voraussetzungen erfüllen.

Abgedeckte Leistungen

Die Berechnung der Familienrente der 1. Säule basiert auf der Invaliditätsrente bei Erwerbsunfähigkeit oder der Altersrente, die der Verstorbene zum Todeszeitpunkt bezogen hat oder bezogen hätte. Die persönlichen Entgeltpunkte für die Familienrente werden auf Basis der Wertpunkte für eine Versicherungszeit von mindestens 21 Jahren ermittelt.

Die Anzahl der anspruchsberechtigten Angehörigen (einschließlich des Ehegatten) kann die Art der Berechnung der Familienrente beeinflussen. Sie wird als Prozentsatz der Rente, die der Verstorbene bezogen hat oder bezogen hätte, entsprechend der Anzahl der anspruchsberechtigten Hinterbliebenen (und bestimmten Prioritätsregeln) berechnet;

- ein Hinterbliebener: 70 %,
- zwei Hinterbliebene: 80 %,
- drei Hinterbliebene: 90 %,
- vier oder mehr Hinterbliebene: 100 %.

Falls der verstorbene Versicherte wieder geheiratet hatte, aber für den früheren Ehegatten weiter unterhaltspflichtig war, werden der letzte Ehegatte und alle übrigen früheren Ehegatten als Mitberechtigte behandelt.

Der Höchstbetrag für alle Anspruchsberechtigten ist auf 100 % der Rente festgesetzt, die der Verstorbene bezogen hat oder bezogen hätte (einschließlich eines Bonus für den Aufschub der Altersrente). Sie sollen sich nicht am Tod des Verstorbenen bereichern.

Falls ein Kind oder mehrere Kinder beide Eltern verloren hat/haben, wird die Familienrente durch Bezug auf die (potenzielle) Rente jedes verstorbenen Elternteils berechnet.

Die Familienrente der obligatorischen 2. Säule wird anhand der Mittel, die Sie auf Ihrem individuellen Konto angespart haben, und der geschlechtsneutralen versicherungsmathematischen Tabellen berechnet. Die 2. Säule ist jedoch in erster Linie auf die Finanzierung der Altersrenten gerichtet. Wenn Ihnen eine Familienrente zusteht, werden die Mittel auf dem Konto des Verstorbenen auf die 1. Säule übertragen, um eine Familienrente der 1. Säule auszuzahlen. Falls jedoch ausreichende Mittel zur Verfügung stehen (bei einem langen Kumulierungszeitraum), kann die Rente der 2. Säule zusammen mit der Rente der 1. Säule gezahlt werden.

Bezug von Hinterbliebenenleistungen

Anträge auf Familienrenten sind bei der regionalen Niederlassung der Kroatischen Rentenversicherungsanstalt (*HZMO*) zu stellen, die für Ihren Arbeitsort zuständig ist. Falls Sie nicht in Kroatien wohnhaft sind, ist der Antrag bei der zuständigen regionalen Niederlassung des Gebiets zu stellen, in dem Sie zuletzt versichert waren.

Der Anspruch auf eine Familienrente kann frühestens am ersten Tag des auf den Tod des Versicherten folgenden Monats geltend gemacht werden.

Falls die Witwe/der Witwer Anspruch auf mehr als eine Rente hätte (d. h. auf eine Familienrente neben einer eigenen Alters- oder Invaliditätsrente), kann sie/er sich für die vorteilhafteste (d. h. höchste) Rente entscheiden.

Kapitel VIII: Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten

Anspruch auf Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten

Es gibt kein besonderes Sozialversicherungssystem für Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Diese Risiken werden bei kurzfristiger Arbeitsunfähigkeit von der Pflichtkrankenversicherung, bei Invalidität oder körperlicher Beeinträchtigung des Versicherten von der Pflichtrentenversicherung abgedeckt. Im Todesfall können Leistungen beider Systeme gewährt werden.

Ein Arbeitsunfall (*ozljeda na radu*) wird definiert als Unfall, der aus und im Laufe der Arbeit entsteht, einschließlich des Weges zwischen Wohn- und Arbeitsort. Es besteht eine Liste der Berufskrankheiten (*profesionalna bolest*), und nur Krankheiten auf dieser Liste gelten als Berufskrankheiten.

Sie sind nicht nur als Arbeitnehmer, Selbstständiger oder Landwirt abgedeckt, sondern auch, wenn Sie unter bestimmten Umständen einer entsprechenden Gruppe von Versicherten angehören. Solche Gruppen sind z. B. Schüler und Studenten in der praktischen Ausbildung, auf Studienreisen und bei über bevollmächtigte Agenturen vermittelter Arbeit oder Mitglieder der freiwilligen Feuerwehr (im Feuerwehreinsatz) usw.

Für den Bezug der Leistungen ist keine Vorversicherungszeit erforderlich. Dies gilt auch für Gesundheitsleistungen (z. B. orthopädische und zahnärztliche Hilfsmittel), Krankengeld, Invaliditätsrenten, berufliche Rehabilitation und Familienrenten.

Sie können auch Anspruch auf eine Beihilfe bei körperlicher Schädigung (*tjelesno oštećenje*) haben, falls Sie durch einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit zu mindestens 30 % körperlich beeinträchtigt sind.

Abgedeckte Leistungen

Bei Arbeitsunfall oder Berufskrankheit übernimmt die Pflichtkrankenversicherung alle Krankheitskosten. Sie haben keine Zuzahlung zu leisten. Auch die Reisekosten können erstattet werden. Neben den Leistungen aus der Pflichtkrankenversicherung werden besondere Präventionsleistungen durch Arbeitsmediziner erbracht (hierfür ist Ihr Arbeitgeber zuständig).

Falls die kurzfristige Arbeitsunfähigkeit durch einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit entsteht, zahlt die Kroatianische Krankenversicherungsanstalt (*HZZO*) ab dem ersten Tag des Arbeitsausfalls Krankengeld. Dieses beträgt 100 % der Berechnungsgrundlage. Ferner bezieht der Versicherte diese Leistung weiter, auch wenn der Arbeitsvertrag beendet ist. Nach einem ununterbrochenen Zeitraum von 18 Monaten für dieselbe Diagnose wird das Krankengeld um die Hälfte gekürzt. Diese Kürzung gilt jedoch nicht bei bestimmten sehr schweren Krankheiten.

Auch die Leistungen aus der Pflichtrentenversicherung sind vorteilhafter, wenn die Invalidität durch einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit verursacht wurde. Falls die tatsächliche Versicherungszeit unter 40 Jahren liegt, basiert die Invaliditätsrente

auf einer fiktiven Versicherungszeit von 40 Jahren. Falls die tatsächliche Versicherungszeit über 40 Jahre beträgt, wird dieser längere Zeitraum angerechnet.

Bei körperlicher Schädigung können Sie unabhängig davon, ob diese zur Invalidität führt, Anspruch auf eine besondere Beihilfe haben. Der Satz richtet sich nach dem Grad der körperlichen Schädigung und bewegt sich zwischen 12 % und 40 % der entsprechenden Berechnungsgrundlage.

Falls ein Versicherter durch einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit stirbt, können die Bestattungskosten (sofern sie nicht anderweitig erstattet werden) von der Pflichtkrankenversicherung übernommen werden, wobei von der Pflichtrentenversicherung eine Familienrente gewährt werden kann (berechnet auf Basis eines Rentenbezugs von 40 Jahren).

Bezug von Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten

Bei Arbeitsunfall oder Verdacht auf Berufskrankheit ist bei der zuständigen örtlichen Niederlassung der Kroatischen Krankenversicherungsanstalt (*HZZO*) ein Verfahren einzuleiten. Der Prozess beginnt mit der Einreichung einer Meldung des Arbeitsunfalls oder der Berufskrankheit durch den Arbeitgeber und Ihren Hausarzt.

Die Gesundheitsversorgung erfolgt durch den Hausarzt und andere vertraglich verpflichtete Ärzte und Gesundheitseinrichtungen. Ihr Hausarzt stellt auch die Arbeitsunfähigkeit fest, durch die Sie Anspruch auf Krankengeld haben können. Reise- und Bestattungskosten werden von der *HZZO* erstattet.

Die Leistungen aus der Rentenversicherung können bei der regionalen Niederlassung der Kroatischen Rentenversicherungsanstalt (*HZMO*) am Ort Ihrer (letzten) Beschäftigung beantragt werden. Der Grad der Invalidität oder Schädigung wird auf Basis eines Sachverständigengutachtens von der *HZMO* festgestellt.

Kapitel IX: Familienleistungen

Anspruch auf Familienleistungen

Kindergeld

Falls Sie Ihren ständigen Wohnsitz mit einem Kind seit mindestens drei Jahren in Kroatien haben und Ihr Familieneinkommen eine bestimmte Schwelle unterschreitet, können Sie Anspruch auf Kindergeld (*doplatak za djecu*) haben. Eltern, die länger als drei Monate aus Kroatien abwesend sind, sind nicht anspruchsberechtigt.

Neben den Eltern können auch Adoptiv-, Stief-, Pflege- oder Großeltern Anspruch auf bedürftigkeitsabhängiges Kindergeld haben, falls sie tatsächlich für den Unterhalt des Kindes aufkommen und mit ihm im gleichen Haushalt leben. Das Kind selbst kann anspruchsberechtigt sein, falls es volljährig ist, beide Eltern verloren hat und sich in einer regulären Ausbildung befindet.

In Ausnahmefällen (etwa bei schwerwiegenden Gesundheitsproblemen des Kindes) wird Kindergeld unabhängig vom Haushaltseinkommen gezahlt.

Kindergeld wird für Kinder unter 15 bzw. 19 Jahren gezahlt, falls sich das Kind in der Sekundarstufe befindet. Bei schwerer Krankheit kann es bis zum 21. Lebensjahr, bei Behinderung bis zum 27. Lebensjahr des Kindes verlängert werden.

Elternschaftsgeld

Falls Sie angestellt oder selbstständig sind, können Sie Anspruch auf Elternurlaub / Elternschaftsgeld, Teilzeitarbeit, Verlängerung des Elternurlaubs oder der Teilzeitarbeit im Falle eines schwerbehinderten Kindes und unbezahlten Urlaub (mit eingeschränktem Sozialversicherungsschutz) haben.

Um Elternschaftsgeld (*naknada plaće*) zu beziehen, müssen Sie in den letzten zwei Jahren mindestens 12 Monate (bzw. 18 Monate in den letzten zwei Jahren bei Berufsunterbrechungen) versichert gewesen sein. Falls diese Bedingung nicht erfüllt ist, haben Sie Anspruch auf eine geringere Geldleistung.

Geburtszulage

Falls Sie Ihren ständigen Wohnsitz seit mindestens 12 Monaten in Kroatien haben und Mitglied der Pflichtkrankenversicherung sind, haben Sie eventuell Anspruch auf die Geburtszulage. Die Bedingung des ständigen Wohnsitzes verlängert sich auf fünf Jahre, falls Sie nicht erwerbstätig sind (z. B. Studenten).

In beiden Fällen muss das Kind im Neugeborenenregister erfasst sein, im gleichen Haushalt leben und von der Pflichtkrankenversicherung abgesichert sein.

Abgedeckte Leistungen

Kindergeld

Die Höhe des Kindergeldes richtet sich nach dem monatlichen Nettoeinkommen pro Familienmitglied, dem Gesundheitszustand des Kindes, der Anzahl der Kinder und dem Status der Eltern.

Das Kindergeld wird in Abhängigkeit vom Haushaltseinkommen in drei Stufen gezahlt. Je niedriger das Einkommen, desto höher ist das Kindergeld (und umgekehrt). Das Kindergeld wird pro Kind gezahlt. Zuschläge werden für Alleinerziehende (Zuschlag von 15 %) und für Waisen und behinderte Kinder (Zuschlag von 25 %) gezahlt.

Wird eine bestimmte Einkommenshöhe überschritten, besteht kein Anspruch auf Kindergeld. Dies gilt jedoch nicht für das Kindergeld für Kinder mit schwerer gesundheitlicher Beeinträchtigung, das unabhängig vom Familieneinkommen gezahlt wird.

Elternschaftsgeld

Für das erste und zweite Kind können Sie nach dem obligatorischen Mutterschaftsurlaub Anspruch auf Elternurlaub/Elternschaftsgeld von sechs Monaten (bzw. von acht Monaten bei Inanspruchnahme durch beide Eltern) haben. Die Bezugsdauer verlängert sich auf 30 Monate für das dritte und vierte Kind und für Zwillinge. In beiden Fällen muss die Leistung bis zum achten Lebensjahr des Kindes in Anspruch genommen werden. In der Regel sollte sie von der Mutter und dem Vater des Kindes gleichermaßen (vier bzw. 15 Monate) in Anspruch genommen werden.

Teil-Elternurlaub/-Elternschaftsgeld kann durch Halbtagsarbeit ergänzt werden. In diesem Fall verdoppelt sich die Dauer (auf 12 bzw. 16 Monate). Falls das Kind besondere Betreuung benötigt, verlängert sich der Urlaub/die Leistung bis zum dritten Lebensjahr des behinderten Kindes.

Falls Ihr Kind schwerbehindert ist, können Sie bis zum achten Lebensjahr des Kindes Anspruch auf Elternurlaub/Elternschaftsgeld und auch über dieses Alter hinaus Anspruch auf Halbtagsarbeit haben (solange die Behinderung besteht).

Nach Ausschöpfung des Anspruchs auf Elternschaftsgeld oder des Anspruchs auf Halbtagsarbeit können Sie Ihren Arbeitsvertrag solange aussetzen, bis das Kind das dritte Lebensjahr erreicht. Sie sind weiterhin von der Pflichtkranken- und -rentenversicherung abgesichert.

Geburtszulage

Die Geburtszulage wird als Pauschalbetrag gezahlt.

Bezug von Familienleistungen

Kindergeld

Der Antrag ist bei der regionalen Niederlassung der Kroatischen Rentenversicherungsanstalt (*HZMO*) an Ihrem Wohnort einzureichen. Obwohl das Kindergeld von der *HZMO* verwaltet wird, wird es aus dem Staatshaushalt gezahlt.

Elternschaftsgeld

Das Elternschaftsgeld können Sie bei der örtlichen Niederlassung der Kroatischen Krankenversicherungsanstalt (*HZZO*) an Ihrem Wohnort beantragen. Obwohl das Elternschaftsgeld von der *HZZO* verwaltet wird, wird es aus dem Staatshaushalt gezahlt.

Die Behinderung des Kindes wird von Ihrem Hausarzt und medizinischen Sachverständigen der *HZZO* festgestellt.

Geburtszulage

Die Geburtszulage müssen Sie innerhalb von sechs Monaten nach der Geburt des Kindes (60 Tage bei Adoption) bei der örtlichen Niederlassung der Kroatischen Krankenversicherungsanstalt (*HZZO*) beantragen.

Kapitel X: Leistungen bei Arbeitslosigkeit

Anspruch auf Leistungen bei Arbeitslosigkeit

Falls Sie als Arbeitnehmer (oder Beamter) tätig waren und Ihren Arbeitsplatz verloren haben, können Sie Anspruch auf Arbeitslosenunterstützung haben.

Es gelten die folgenden Anspruchsvoraussetzungen (auch für die Beibehaltung der Leistung):

- mindestens 9 Monate Beschäftigung/Versicherung in den letzten 24 Monaten,
- Beendigung der Beschäftigung ohne Ihr Verschulden (es sei denn, Sie hatten aufgrund von Gesetzesverstößen Ihres Arbeitgebers ein Recht auf Kündigung) oder unfreiwillig (es sei denn, Ihr Ehegatte ist umgezogen oder Sie selbst mussten aus medizinischen Gründen den Wohnort wechseln),
- Arbeitsfähigkeit,
- aktive Stellensuche,
- Verfügbarkeit zur Beschäftigungsaufnahme,
- Annahme einer zumutbaren Beschäftigung (gemäß dem Beschäftigungsplan),
- Alter zwischen 15 und 65 Jahren, und
- Meldung bei der Kroatischen Arbeitsagentur (*HZZ*).

Abgedeckte Leistungen

Die Arbeitslosenunterstützung wird auf Basis des durchschnittlichen Monatseinkommens der letzten drei Monate vor Beendigung des Arbeitsvertrages berechnet.

Sie wird ab dem ersten Tag der Arbeitslosigkeit gezahlt. In den ersten 90 Tagen der Arbeitslosigkeit beträgt die Leistung 70 %, im übrigen Zeitraum nur noch 35 % der Berechnungsgrundlage. Sowohl die Mindest- wie die Höchstbeträge sind vorgeschrieben.

Sie können das Recht auf Arbeitslosenunterstützung für einen Zeitraum zwischen 90 und 450 Kalendertagen in Anspruch nehmen. Die tatsächliche Dauer richtet sich nach der vorherigen Beschäftigungsdauer (von neun Monaten bis zu mehr als 25 Jahren).

Falls Sie mindestens 32 Beschäftigungsjahre zurückgelegt haben und nur noch maximal fünf Jahre bis zur Erfüllung der Voraussetzungen für eine Altersrente fehlen, können Sie bis zur Aufnahme einer neuen Beschäftigung oder bis zum Rentenanspruch anspruchsberechtigt bleiben.

Die Dauer der Arbeitslosenunterstützung kann verlängert werden, falls Sie mehr als 12 Monate kontinuierlich bei der Kroatischen Arbeitsagentur (*HZZ*) gemeldet waren.

Der Betrag Ihrer (verlängerten) Arbeitslosenunterstützung kann bis zu zwei Jahre als Pauschalbetrag gezahlt werden, falls Ihnen dies hilft, einen neuen Arbeitsplatz zu finden oder sich selbstständig zu machen.

Sie haben eventuell Anspruch auf eine finanzielle Unterstützung und die Erstattung von Ausbildungskosten (d. h. von der *HZZ* angeordnete und finanzierte Schulungsprogramme) oder eine einmalige finanzielle Unterstützung und die

Erstattung von Reise- und Umzugskosten (falls Sie eine Stelle außerhalb Ihres Wohnsitzes finden).

Als Arbeitsloser können Sie eventuell an verschiedenen aktiven Beschäftigungs- und Sozialhilfemaßnahmen teilnehmen.

Bezug von Leistungen bei Arbeitslosigkeit

Um Geldleistungen in Anspruch zu nehmen, müssen Sie sich innerhalb von 30 Tagen nach Beendigung Ihres Arbeitsvertrages bei der regionalen Niederlassung der Kroatischen Arbeitsagentur (*HZZ* an Ihrem ständigen oder gewöhnlichen Wohnsitz) melden und Arbeitslosenunterstützung beantragen.

Falls Sie bei Beendigung Ihres Arbeitsvertrages krankgeschrieben oder im Mutterschafts-, Eltern-, Adoptiv- oder Pflegeelternurlaub waren, müssen Sie sich innerhalb von 30 Tagen nach Beendigung des entsprechenden Urlaubs melden.

Falls Sie mit der Entscheidung der regionalen Niederlassung der *HZZ* nicht einverstanden sind, können Sie Widerspruch einlegen. Die Sache wird dann vom Ministerium für Arbeit und Rentenversicherung entschieden.

Kapitel XI: Mindestsicherung

Anspruch auf Leistungen zur Mindestsicherung

Wenn Sie Ihren ständigen Wohnsitz in Kroatien haben und aus objektiven Gründen über keine ausreichenden Existenzmittel verfügen (d. h. Ihr Vermögen und Einkommen unterschreiten eine bestimmte Schwelle) und nicht in der Lage sind, durch Arbeit oder Einkommen aus Vermögen oder anderen Quellen ausreichende Mittel zu beschaffen, können Sie oder Ihre Familie Anspruch auf Sozialhilfe (*socijalna pomoć*) haben. Falls Sie Ausländer mit befristeter Aufenthaltserlaubnis sind, kann der Umfang der Sozialhilfe eingeschränkt sein.

Bestimmte Personengruppen, etwa elternlose Kinder (und andere bedürftige Kinder), Schwangere und Eltern mit einem Säugling (bis zu einem Jahr), behinderte Erwachsene, Opfer familiärer Gewalt oder von Menschenhandel, Personen, die aufgrund gestörter Familienverhältnisse (etwa durch Alkohol- oder Drogensucht) bedürftig sind, sowie Obdachlose und andere Bedürftige, können besondere Unterstützung erhalten.

Die Überprüfung Ihrer Mittel zur Feststellung, ob Sie leistungsberechtigt sind (d. h. die Bedürftigkeitsprüfung), umfasst Ihr Einkommen (mit gewissen Ausnahmen), Immobilien, sonstiges Vermögen, Eigentumsrechte und andere in- oder ausländische Vermögenswerte im Eigentum von Ihnen, Ihrer Familie oder Haushaltsmitgliedern. Auch die Wohnkosten dürfen die gesetzlich vorgeschriebenen Grenzen nicht übersteigen, damit Anspruch auf Hilfe zum Lebensunterhalt besteht.

Falls Sie arbeitsfähig sind, müssen Sie sich bei der Kroatischen Arbeitsagentur (*HZZ*) melden und grundsätzlich jedes Stellenangebot annehmen.

Abgedeckte Leistungen

Der Staat legt die relative Armutsgrenze fest (d. h. die offizielle Armutsgrenze, die vom Zentralen Statistikamt veröffentlicht wird). Die Höhe der Sozialhilfe ist je nach Familienzusammensetzung und Familieneinkommen unterschiedlich. Bei größeren Familien ohne eigenes Einkommen kann sie höher ausfallen.

Die Hilfe zum Lebensunterhalt (*pomoć za uzdržavanje*) kann bei besonders schutzbedürftigen Gruppen, etwa Alleinstehenden, Erwerbsunfähigen, Schwangeren und Kindern in Familien mit allein erziehenden Elternteilen angehoben werden.

Sie haben möglicherweise auch Anspruch auf Wohngeld (*pomoć za podmirenje troškova stanovanja*), eine einmalige Unterstützung (*jednokratna pomoć*), Ausbildungsförderung (*potpora za obrazovanje*), persönliche Behindertenbeihilfe (*osobna invalidnina*), Beihilfe zur Betreuung und Pflege (*doplatak za pomoć i njegu*), Eingliederungsbeihilfe (*inkluzivni dodatak*) und verschiedene soziale Dienste.

Die Sozialhilfe kann bei fortbestehender Bedürftigkeit sukzessiv verlängert oder unbefristet gewährt werden.

Falls Sie als Behinderter Bezieher der Hilfe zum Lebensunterhalt sind, als Drogenabhängiger eine besondere Behandlung erhalten oder Ihnen die Rechts- und

Geschäftsfähigkeit entzogen wurde, können Sie auch Anspruch auf Gesundheitsleistungen haben, sofern Sie nicht anderweitig abgesichert sind.

Bezug von Leistungen zur Mindestsicherung

Ein Bezieher von Sozialhilfe kann eine Einzelperson, ein Familienmitglied oder eine ganze Familie sein. Der Antrag ist beim Sozialfürsorgezentrum (*centar za socijalnu skrb*) zu stellen, das für Ihren Wohnort zuständig ist. Es nimmt eine Bedürftigkeitsprüfung vor und kann (im Rahmen seiner Ermessensbefugnis) beschließen, das Eigentum von Kindern freizustellen.

Das Sozialfürsorgezentrum muss gelegentlich bzw. mindestens einmal jährlich prüfen, ob die Voraussetzungen für den Sozialhilfebezug weiter erfüllt sind. Der Bezieher ist ferner verpflichtet, alle relevanten Änderungen zu melden.

In der Regel werden die Leistungen von den Sozialfürsorgezentren ausgezahlt; einige Leistungen können jedoch auch von den Kommunen gezahlt werden (etwa Wohngeld).

Stellt das Sozialfürsorgezentrum fest, dass die Hilfe zum Lebensunterhalt nicht zweckmäßig verwendet wird, kann es stattdessen eine Sachleistung bereitstellen.

Kapitel XII: Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

Anspruch auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

Es gibt kein spezielles Langzeitpflegesystem. Falls Sie jedoch wegen Alter oder Behinderung auf die Pflege durch eine andere Person angewiesen sind, um die grundlegenden Verrichtungen des täglichen Lebens, etwa Einkaufen, Zubereitung von Mahlzeiten, Putzen, Ankleiden oder persönliche Hygiene, zu bewältigen, können Sie Anspruch auf bestimmte Geld- bzw. Sachleistungen der Langzeitpflege haben.

Falls Ihr Einkommen und das Einkommen Ihrer Familie eine bestimmte Schwelle unterschreitet, können Sie Anspruch auf die Beihilfe zur Betreuung und Pflege (*doplatak za pomoć i njegu*) haben. In Ausnahmefällen wird keine Bedürftigkeitsprüfung vorgenommen, etwa bei schwerer psychischer oder körperlicher Beeinträchtigung, bei Blindheit und/oder Taubheit (sofern die Blinden/Tauben nicht darin geschult wurden, sich selbst zu versorgen). Auch die Beihilfe für Personen, die eine Teilbetreuung benötigen, ist nicht an eine Bedürftigkeitsprüfung gebunden.

Bei schwerer Behinderung oder anderer dauerhafter schwerer gesundheitlicher Beeinträchtigung können Sie Anspruch auf die persönliche Behindertenbeihilfe (*osobna invalidnina*) haben. Zweck dieser Leistung ist es, Sie bei der Deckung Ihres Lebensunterhalts zu unterstützen und Ihre Teilhabe am täglichen Leben der Gemeinschaft sicherzustellen. Kroatischen Kriegsveteranen kann eine besondere persönliche Behindertenbeihilfe gewährt werden.

Möglicherweise haben Sie auch Anspruch auf die Eingliederungsbeihilfe (*inkluzivni dodatak*). Dabei handelt es sich um eine finanzielle Unterstützung für Personen mit Behinderungen mit dem Ziel, Chancengleichheit bei der Teilhabe am täglichen Leben zu schaffen.

Wenn Sie ein Kind mit Behinderungen oder einen Behinderten, der ganz auf Betreuung und Pflege angewiesen ist, betreuen, um seinen Lebensunterhalt sicherzustellen, kann Ihnen der Status einer verwandten Pflegeperson (*roditelj njegovatelj*) zuerkannt werden.

Zu den Sachleistungen zählen die professionelle häusliche Betreuung, die teilstationäre Pflege, die gelegentliche oder Wochenendunterbringung (auch als Gewöhnung an eine längerfristige Unterbringung außerhalb der Familie oder für die Rückkehr in die Familie) und die vollstationäre Pflege.

Abgedeckte Leistungen

Die Beihilfe zur Betreuung und Pflege richtet sich nach dem Grad der Bedürftigkeit. Sie beträgt 100 % der Berechnungsgrundlage, falls eine Betreuung und Pflege bei allen grundlegenden Verrichtungen des täglichen Lebens erforderlich ist, und ist auf 70 % beschränkt, sofern nur eine Teilbetreuung und -pflege notwendig sind.

Die Höhe der persönlichen Behindertenbeihilfe ist gesetzlich festgelegt. Falls Sie ein bestimmtes Vermögen oder Einkommen haben, wird sie als Differenz zwischen dem festgelegten Betrag und Ihrem Durchschnittseinkommen der letzten drei Monate berechnet.

Die Höhe der Eingliederungsbeihilfe richtet sich bei Einteilung in sieben Stufen nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit.

Als verwandte Pflegeperson haben Sie Anspruch auf eine (gesetzlich definierte) Geldleistung und sind durch die Pflichtkranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherung abgesichert. Die Sozialversicherungsbeiträge werden auf der Mindestbeitragsgrundlage aus dem Staatshaushalt gezahlt.

Die häusliche Pflege umfasst die Bereitstellung von Mahlzeiten (Essen auf Rädern, Lieferung von Lebensmitteln, auch Kochen, Geschirrspülen), häusliche Aufgaben (etwa Putzen, Waschen und Bügeln, Besorgung von Heizmaterial oder Medikamenten), die Hilfe bei der persönlichen Hygiene (Ankleiden, Baden und andere Hygieneerfordernisse) und die Unterstützung bei anderen Bedürfnissen des täglichen Lebens.

Die teilstationäre Pflege umfasst die Ganztagspflege (mehr als acht Stunden pro Tag einschließlich Essen, persönliche Hygiene, Gesundheit, Bildung, Betreuung, Beschäftigungstätigkeiten, psychosoziale Unterstützung und Rehabilitation, Freizeit, organisierte Beförderung und sonstige Leistungen), die Halbtagspflege (vier bis acht Stunden pro Tag) oder die gelegentliche Pflege (bis zu zwölf Stunden pro Woche).

Die vollstationäre (institutionelle) Pflege wird in staatlichen Heimen oder (dezentralisierten) Bezirksheimen für ältere und gebrechliche Menschen und in Heimen anderer Betreiber geleistet. Altenheime und psychiatrische Pflegeheime verfügen über Einheiten für die Vollzeitpflege. Die vollstationäre Pflege im außerinstitutionellen Rahmen kann durch Pflegefamilien und Familienheime übernommen werden.

Unter bestimmten Bedingungen können Sie Anspruch auf mehrere Leistungen gleichzeitig haben, etwa Beihilfe zur Betreuung und Pflege und häusliche Pflege. Andere Leistungen schließen sich gegenseitig aus. Beispielsweise können Sie nicht gleichzeitig Anspruch auf Beihilfe zur Betreuung und Pflege und persönliche Behindertenbeihilfe haben.

Bezug von Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

Die Pflegebedürftigkeit wird von Sachverständigengremien bestätigt, die gemäß besonderen Verordnungen eingerichtet werden. Zu den Indikatoren, die beurteilt werden, gehören der Grad der körperlichen und psychischen Beeinträchtigung, die Dauer der Pflegebedürftigkeit, der Grad der (vollständigen oder teilweisen) Unfähigkeit, selbstständig zu leben, die Dringlichkeit und der Umfang des Betreuungs- und Pflegebedarfs.

Sie können die am besten geeigneten Geld- und Sachleistungen frei wählen. Die Entscheidung über die Gewährung der Beihilfe zur Betreuung und Pflege, der persönlichen Behinderten- oder der Eingliederungsbeihilfe und die Zuerkennung des Status einer verwandten Pflegeperson wird vom Sozialfürsorgezentrum (*centar za socijalnu skrb*) getroffen, das für Ihren Wohnort zuständig ist. Verwandte Pflegepersonen werden von einem Arzt geschult, damit sie die erforderliche medizinisch-technische Unterstützung leisten können.

Die Sachleistungen werden von den Sozialfürsorgezentren, den Heimen für körperlich und psychisch beeinträchtigte Personen, den Betreuungs- und Pflegezentren und den Familienheimen bereitgestellt. Sozialfürsorgetätigkeiten werden auch von religiösen

Gemeinschaften, Nichtregierungsorganisationen und den kommunalen und regionalen Selbstverwaltungseinheiten übernommen.

Die Langzeitpflege wird auf staatlicher und regionaler Ebene organisiert. Sie wird überwiegend aus dem Haushalt des Staates und der Kommunalverwaltungen und einer Kostenbeteiligung der Leistungsempfänger (und der entsprechend unterhaltspflichtigen Personen) finanziert. Die Höhe der Kostenbeteiligung wird vom Sozialfürsorgezentrum festgelegt. Der Staat kann die Kosten der Leistungen ganz oder teilweise übernehmen, falls der Leistungsempfänger (mit seiner Familie) über keine ausreichenden Mittel verfügt, um sich an den Kosten zu beteiligen.

Anhang: Nützliche Kontaktdaten und Internetadressen

Für Fragen der sozialen Sicherheit, die mehr als einen Mitgliedstaat der EU betreffen, können Sie in dem von der Europäischen Kommission geführten Verzeichnis der Träger einen Kontakt-Träger auswählen. Das Verzeichnis finden Sie unter:
<http://ec.europa.eu/social-security-directory>.

Ministerium für Arbeit und Rentenversicherung

(Ministarstvo rada i mirovinskoga sustava)

Ulica grada Vukovara 78

10000 Zagreb

Tel: + 385 1 6106 310

Fax: + 385 1 6109 300

E-mail: info@mrms.hr

<http://www.mrms.hr/>

Ministerium für Gesundheit

(Ministarstvo zdravlja)

Ksaver 200 A

10 000 Zagreb

Tel: +385-1-4607 555, 0800-7999

Fax: +385-1-4677 076

E-mail: pitajtenas@miz.hr

<http://www.zdravlje.hr/>

Ministerium für Sozialpolitik und Jugend

(Ministarstvo socijalne politike i mladih)

Savska cesta 66

10 000 Zagreb

Tel: +385 1 555 7111

Fax: +385 1 555 7222

E-mail: ministarstvo@mspm.hr

<http://www.mspm.hr/>

Ministerium für Finanzen

(Ministarstvo financija)

Katančičeva 5

10000 Zagreb

Tel: +385 1 4591 333

Fax: +385 1 4922 583

E-mail: informiranje@mfin.hr

<http://www.mfin.hr/>

Kroatische Krankenversicherungsanstalt

(Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje)

Margaretska 3

10 000 Zagreb

Tel: + 385 1 480 63 33

0800-7979 (Grundversicherung), 0800-7989 (Zusatzversicherung)

Fax: + 385 1 4812 606

E-mail: obvezno-osiguranje@hzzo.hr (Grundversicherung),

dopunsko-osiguranje@hzzo.hr (Zusatzversicherung)
<http://www.hzzo.hr>

Kroatische Rentenversicherungsanstalt

(Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje)

A. Mihanovića 3

10000 Zagreb

Tel: + 385 1 4595 500, 0800-63-63-63

Fax: + 385 1 4595 063

E-mail: hzmo-eu@mirovinsko.hr oder
press@mirovinsko.hr

<http://www.mirovinsko.hr/>

Kroatische Arbeitsagentur

(Hrvatski zavod za zapošljavanje)

Radnička cesta 1

10000 Zagreb

Tel: +385 1 612 60 00, +385 1 6444 000 (info phone)

Fax: +385 1 612 60 38

E-mail: hzz@hzz.hr

<http://www.hzz.hr/>

Kroatische Aufsichtsbehörde für Finanzdienstleistungen

(Hrvatska agencija za nadzor financijskih usluga)

Bogovićeva 1a

10000 Zagreb

Tel: + 385 1 6173 200

Fax: +385 1 4811 406

E-mail: info@hanfa.hr

<http://www.hanfa.hr/>

Zentralregister der Versicherten

(Središnji registar osiguranika)

Gajeva ulica 5

10000 Zagreb

Tel: +385 1 489 89 00

Fax: +385 1 489 89 03

E-mail: regos@regos.hr

<http://www.regos.hr/>