



Europäische  
Kommission

# Ihre Rechte der sozialen Sicherheit

*in Slowenien*

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 .....	5
Kapitel II: Sachleistungen bei Krankheit .....	6
Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit .....	6
Abgedeckte Leistungen .....	6
Bezug von Sachleistungen bei Krankheit .....	6
Kapitel III: Geldleistungen bei Krankheit .....	8
Anspruch auf Geldleistungen bei Krankheit .....	8
Abgedeckte Leistungen .....	8
Bezug von Geldleistungen bei Krankheit .....	9
Kapitel IV: Leistungen bei Mutterschaft und Vaterschaft .....	10
Anspruch auf Leistungen bei Mutterschaft oder Vaterschaft .....	10
Abgedeckte Leistungen .....	10
Bezug von Leistungen bei Mutterschaft oder Vaterschaft .....	11
Kapitel V: Leistungen bei Invalidität .....	13
Anspruch auf Leistungen bei Invalidität .....	13
Abgedeckte Leistungen .....	13
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 .....	28
Kapitel XII: Leistungen bei Pflegebedürftigkeit .....	29
Anspruch auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit .....	29
Abgedeckte Leistungen .....	30
Bezug von Leistungen bei Pflegebedürftigkeit .....	31
Anhang: Nützliche Kontaktdaten und Internetadressen .....	32

## Kapitel I: Allgemeines, Organisation und Finanzierung

### Allgemeines

Das slowenische Sozialversicherungssystem umfasst Sozialversicherung, Familienleistungen und Sozialhilfe. Die Systeme bestehen aus einer obligatorischen Renten- und Invalidenversicherung, einer obligatorischen Krankenversicherung, Arbeitslosenversicherung und Elternschaftsurlaubsversicherung. Dabei handelt es sich um Pflichtversicherungen für alle Arbeitnehmer und Selbstständigen. Die Versicherungen werden aus den Sozialversicherungsbeiträgen der Arbeitnehmer und Arbeitgeber finanziert.

### Obligatorische Renten- und Invaliditätsversicherung

Die obligatorische Renten- und Invaliditätsversicherung deckt die Risiken Alter, Invalidität, Langzeitpflegebedarf, körperliche Behinderung und Tod. Sie ist für Arbeitnehmer, Selbständige, Landwirte und bestimmte andere Personengruppen obligatorisch, die Tätigkeiten nachgehen, für die diese Pflichtversicherung besteht. Die Versicherung in der Republik Slowenien ist für alle Versicherten obligatorisch und einstufig. Die Renten- und Invaliditätsversicherungsanstalt in Slowenien (*Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije*) wird über ihre Zentrale in Ljubljana sowie ihre regionalen Stellen und lokalen Niederlassungen tätig. Der Verwaltungsrat der Anstalt setzt sich aus Vertretern der Regierung, der Gewerkschaften, der Arbeitgeberverbände und der Rentner sowie aus dem Vertreter der durch Arbeitsunfall oder Berufskrankheit Erwerbsunfähigen und aus Bediensteten der Anstalt zusammen.

### Obligatorische Krankenversicherung

Durch die obligatorische Krankenversicherung können die Versicherten ihre Ansprüche auf Gesundheitsversorgung und Geldleistungen wie Krankengeld, Sterbegeld, (teilweise) Erstattung von Bestattungskosten sowie die Erstattung von Kosten für medizinische Behandlung im Ausland geltend machen. Das System deckt Arbeitnehmer, Selbständige, Landwirte, Empfänger von Leistungen der sozialen Sicherheit (einschließlich der Rentner) und Bürger mit Wohnsitz in der Republik Slowenien, einschließlich ihrer Familienangehörigen, ab. Die slowenische Krankenversicherungsanstalt (*Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije*) ist der alleinige Anbieter für die obligatorische Krankenversicherung. Sie wird über ihre Regionalstellen und lokalen Niederlassungen tätig. Ihr Verwaltungsrat besteht aus Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber.

Es besteht die Möglichkeit einer freiwilligen Versicherung für Zuzahlungen bei Leistungen, die nicht voll von der Pflichtversicherung gedeckt sind.

### Arbeitslosenversicherung

Die Arbeitslosenversicherung garantiert die Zahlung von Arbeitslosengeld. Das slowenische Arbeitsamt (*Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje*) wird über Regionalstellen und Agenturen für Arbeit tätig. Sein Verwaltungsrat besteht aus Vertretern der Arbeitgeberverbände, der Gewerkschaften, der Bediensteten des Arbeitsamts und der Regierung.

Die Arbeitslosenversicherung gewährleistet auch die Erstattung von Transport- und Umzugskosten, den Anspruch auf Gesundheitsschutz sowie den Anspruch auf die

Renten- und Invaliditätsversicherung. Die Durchsetzung dieser beiden Rechtsansprüche erfolgt auf der Grundlage der einschlägigen Bestimmungen.

### **Elternschaftsversicherung**

Die Elternschaftsversicherung sichert den Elternurlaub (Mutterschaftsurlaub, Erziehungsurlaub, Vaterschaftsurlaub, Adoptivelternurlaub) sowie Leistungen für die Eltern (Mutterschaftsgeld, Erziehungsgeld, Vaterschaftsgeld, Adoptivelternngeld), für Arbeitnehmer, Selbständige, Landwirte und bestimmte weitere Personenkategorien auf dem Gebiet der Republik Slowenien. Die Anspruchsberechtigten können ihre Ansprüche bei den insgesamt 62 regionalen Zentren für Sozialarbeit (*centri za socialno delo*) geltend machen.

### **Familienleistungen**

Familienleistungen sind Geldleistungen und umfassen Elternbeihilfe, die Geburtenbeihilfe, das Kindergeld, die Beihilfe für kinderreiche Familien, das Pflegegeld für behinderte Kinder und die Einkommensersatzleistung.

### **Sozialhilfe**

Das slowenische Sozialversicherungssystem sieht neben der allgemeinen Sozialhilfe mehrere Leistungskategorien für Sozialhilfe vor.

### **Organisation der sozialen Sicherheit**

Das Ministerium für Arbeit, Familie, Soziales und Chancengleichheit übt die Aufsicht über die Tätigkeit der slowenischen Renten- und Invaliditätsversicherungsanstalt, des Beschäftigungsservice und der slowenischen Krankenversicherungsanstalt aus.

Familienleistungen, Sozialhilfe und Sozialleistungen werden von den regionalen Zentren für Sozialarbeit gewährt. Das Ministerium für Arbeit, Familie, Soziales und Chancengleichheit ist für die Aufsicht zuständig.

Das Gesundheitsministerium legt in Zusammenarbeit mit der slowenischen Krankenversicherungsanstalt den Gesundheitsschutz der Versicherten fest.

### **Finanzierung**

Das slowenische Sozialversicherungssystem finanziert sich aus Sozialabgaben von Versicherten und Arbeitgebern. Der Staat ist gemäß Verfassung verpflichtet, für jegliche mögliche Verluste der Sozialversicherungssysteme aufzukommen. Die Arbeitslosenversicherung und die Elternschaftsversicherung werden vorrangig aus dem Staatshaushalt finanziert, während Familienleistungen und Sozialhilfe in vollem Umfang vom Staat getragen werden.

## Kapitel II: Sachleistungen bei Krankheit

### Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit

Alle Arbeitnehmer, Selbstständigen, Landwirte, Empfänger von Leistungen der sozialen Sicherheit (Altersrente, Invalidität oder Hinterbliebenenrente, Arbeitslosengeld, ständige Sozialhilfe) oder Einwohner, die nicht in anderem Rahmen versichert sind, sind pflichtversichert.

Ferner haben unterhaltsberechtigten Familienmitglieder, einschließlich Ehegatten oder Lebensgefährten, Kinder und Stiefkinder sowie andere betreuungsbedürftige Personen Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit.

Für diesen Anspruch ist keine Mindestbeitragszeit erforderlich. Für orthopädische Geräte, Brillen, Hörhilfen, Prothesen und sonstige medizinische Hilfsmittel kann es Ausnahmeregelungen geben.

### Abgedeckte Leistungen

Versicherte haben Zugang zu Ärzten oder Zentren für medizinische Grundversorgung, die einen Vertrag mit der Krankenversicherungsanstalt geschlossen haben. Personen, die keine freiwillige Versicherung für Zuzahlungen abgeschlossen haben, müssen im Rahmen der Pflichtversicherung die Kosten für medizinische Sachleistungen tragen. Die Eigenbeteiligung liegt zwischen 10% und 90%. Für manche medizinische Sachleistungen sind keine Zuzahlungen zu leisten. Dies betrifft z. B. Vorsorgemaßnahmen; Behandlung und Rehabilitation bei Kindern (einschließlich Arzneimittel von der Positiv- und Zwischenliste); Konsultationsdienste zur Familienplanung, Verhütung, Schwangerschaft und Kindesgeburt; Leistungen für Studenten; einige schwere Krankheiten; dringend erforderliche Sachleistungen bei Krankheit; und einige andere Leistungen.

Bestimmte Leistungen, die für medizinische Zwecke nicht erforderlich sind, wie kosmetische Chirurgie oder nicht auf der Positiv- oder Zwischenliste aufgeführte Arzneimittel sowie homöopathische Mittel, sind nicht von der obligatorischen Krankenversicherung abgedeckt. Diese müssen von den Patienten selbst getragen werden.

Eine Erstattung der Reisekosten im Krankheitsfall ist möglich, beispielsweise wenn ein Arzt außerhalb Ihres Wohnortes aufgesucht werden muss oder Sie dorthin vom behandelnden Arzt überwiesen wurden. Eine Erstattung der Unterbringungskosten ist ebenfalls möglich, wenn die Reise länger als 12 Stunden dauert.

### Bezug von Sachleistungen bei Krankheit

Es besteht freie Arztwahl bei Allgemeinmedizinern, Gynäkologen, Kinderärzten und Zahnärzten. Diese fungieren als so genannte „Lotsen“, und ein Facharzt darf nur auf Überweisung eines Allgemeinarztes aufgesucht werden. Liegt eine Überweisung vor,

können der Ort, die medizinische Behandlung, der Facharzt sowie öffentliche und private Krankenhäuser mit Vertrag frei gewählt werden.

Die Bezeichnungen und Anschriften der öffentlichen und privaten Vertragsärzte, die eine medizinische Versorgung anbieten, sind im Verzeichnis des Instituts der Krankenversicherung Sloweniens aufgeführt: *Izvjalci zdravstvenih storitev*.

## Kapitel III: Geldleistungen bei Krankheit

### Anspruch auf Geldleistungen bei Krankheit

Anspruch auf Lohnausgleich bei vorübergehender Arbeitsverhinderung aus den Mitteln der obligatorischen Krankenversicherung haben Versicherte, die sich in einem Arbeitsverhältnis befinden, Personen, die als Selbständige einem Erwerb oder Beruf nachgehen, Eigner von Privatunternehmen, Spitzensportler und herausragende Schachspieler sowie entsprechend versicherte Landwirte.

### Abgedeckte Leistungen

Die Leistung wird während der ersten 30 Tage der Abwesenheit vom Arbeitgeber gezahlt. Es ist keine Mindestbeitragszeit nachzuweisen. Der Leistungsbetrag hängt vom Grund der Abwesenheit ab.

Ab dem 31. Tag wird die Zahlung des Krankengelds von der Krankenversicherungsanstalt übernommen. In manchen Fällen wird die Leistung bereits ab dem ersten Abwesenheitstag ausgezahlt. Dies ist der Fall bei Spenden von lebendem Gewebe oder Organen, Blutspenden, oder bei Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Pflege eines unmittelbaren Familienangehörigen; Quarantäne, oder einer vom Hausarzt verschriebenen Begleitung/Unterstützung eines Kranken; und Berufskrankheiten oder Arbeitsunfälle.

Geldleistungen im Krankheitsfall können bis zu einem Jahr lang bezogen werden. Die Bezugsdauer kann in Ausnahmefällen, wenn die medizinische Behandlung noch nicht abgeschlossen sein sollte, verlängert werden. Ferner kann sie für bis zu 30 Tage nach Beendigung eines Arbeitsverhältnisses bezogen werden.

Die Bezugsdauer für die Pflege eines Familienmitglieds, z. B. eines Kindes oder eines Ehegatten, ist begrenzt. Bei Kindern unter sieben Jahren oder behinderten Kindern ist sie auf sieben Werktage bzw. 15 Werktage begrenzt. Bestimmte Ausnahmen sind möglich, zum Beispiel bei sehr ernsten Fällen bis das Kind ein Alter von 18 Jahren erreicht.

Die Berechnung des Krankengelds erfolgt auf der Grundlage des durchschnittlichen Monatsgehalts bzw. der durchschnittlichen Beitragsbemessungsgrundlage (z. B. für Selbständige) im der Arbeitsverhinderung vorangegangenen Kalenderjahr.

Die Höhe des Krankengelds variiert zwischen 70% und 100% der Bemessungsgrundlage. Beispielsweise beträgt sie 70% bei Arbeitsverhinderung durch Verletzung außerhalb des Arbeitsplatzes während der ersten 90 Tage, 80% bei Arbeitsverhinderung durch Krankheit und 100% bei Berufskrankheiten und Arbeitsunfällen, bei einer Spende von lebendem Gewebe oder Organen zu Gunsten anderer Personen, nach einer Blutspende und bei einer ärztlich angeordneter Quarantäne.

## **Bezug von Geldleistungen bei Krankheit**

Der Lohnausgleich wird in den ersten 30 Tagen auf der Grundlage einer ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit oder wegen Pflege eines Familienangehörigen gewährt. Danach oder in allen sonstigen Fällen, wenn der Lohnausgleich von der obligatorischen Krankenversicherung ab dem ersten Abwesenheitstag gezahlt wird, ist eine ärztliche Beurteilung erforderlich. In diesen Fällen kann beim Institut der Krankenversicherung Sloweniens Widerspruch eingelegt werden.

Technisch wird der Lohnausgleich ab dem 31. Abwesenheitstag auch vom Arbeitgeber getragen. Die Krankenversicherung erstattet den Arbeitgebern auf Antrag die gezahlten Leistungen; dem Antrag sind das gültige und vollständig ausgefüllte Attest über die genehmigte Arbeitsverhinderung und die Abrechnungsunterlagen beizufügen.

## **Kapitel IV: Leistungen bei Mutterschaft und Vaterschaft**

### **Anspruch auf Leistungen bei Mutterschaft oder Vaterschaft**

Im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung haben Frauen Anspruch auf medizinische Sachleistungen vor, während und nach der Entbindung. Die Elternschaftsurlaubsversicherung garantiert das Recht auf Elternurlaub und Geldleistungen.

Anspruchsberechtigte auf Leistungen bei Mutterschaft oder Vaterschaft müssen vor dem Beginn des Urlaubs oder mindestens 12 Monate in den vorausgegangenen drei Jahren versichert gewesen sein. Mutterschaftsurlaub/-geld kann für gewöhnlich von der Kindesmutter in Anspruch genommen werden. Lediglich in Ausnahmefällen kann der Urlaub vom Kindsvater oder einer anderen versicherten Person oder einem Adoptivelternteil, die/der das Kind betreut, beantragt werden, ebenso wenn die Mutter stirbt, ihr Kind verlässt oder nicht in der Lage ist, unabhängig zu leben und zu arbeiten. In der Regel haben Väter und Adoptiveltern Anspruch auf besondere Leistungen.

Bei Nichterfüllung der Versicherungsbedingungen haben Sie Anspruch auf Elternschaftsbeihilfe aus dem Programm für Familienleistungen.

### **Abgedeckte Leistungen**

Zu den Leistungen der Elternschaftsurlaubsversicherung zählen Elternschaftsurlaub (Mutterschaft, Vaterschaft, Adoption und Pflege eines Kindes), Leistungen für die Eltern (Mutterschaft, Vaterschaft, Adoption und Pflege eines Kindes) sowie das Recht auf Teilzeitarbeit wegen Elternschaft.

#### **Mutterschaftsurlaub**

Der Mutterschaftsurlaub dauert 105 Kalendertage, beginnend 28 Tage vor dem geplanten Entbindungstermin und 77 nach diesem Datum. Der Urlaub vor der Entbindung ist obligatorisch und kann nicht auf die Zeit nach der Entbindung übertragen werden.

#### **Vaterschaftsurlaub**

Der Vater hat Anspruch auf einen Vaterschaftsurlaub von 90 Tagen, von denen 15 während der ersten sechs Lebensmonate des Kindes genommen werden müssen, während die verbleibenden 75 Tage (nur Beitragszahlungen) jederzeit genommen werden können, bis das Kind drei Jahre alt ist.

#### **Urlaub wegen Pflege eines Kindes**

Nach Ablauf des Mutterschaftsurlaubs kann ein Elternteil Urlaub wegen Pflege eines Kindes beantragen. Er wird für 260 Kalendertage gewährt und kann in bestimmten Fällen verlängert werden. Z. B. beträgt die mögliche Verlängerung bei

Mehrlingsgeburten weitere 90 Tage (pro zusätzliches Kind). Gleiches gilt für Kinder, das besonderer Pflege und Versorgung bedarf. Der Urlaub wird ebenfalls bei einer Frühgeburt verlängert oder wenn die Eltern bei der Geburt eines Kindes bereits mindestens zwei Kinder unter acht Jahren erziehen.

### **Adoptivelterurlaub**

Der Adoptivelterurlaub ist ein Urlaub für einen oder beide Adoptivelternteile, damit sich das Adoptivkind und die Adoptiv Eltern nach der Adoption voll und ganz einander widmen können. Bei Kindern von ein bis vier Jahren dauert der Adoptivelterurlaub 150 Tage, bei Kindern von vier bis zehn Jahren sind es 120 Tage. Wenn der Adoptivelterurlaub von beiden Elternteilen gleichzeitig genommen wird, kann die Gesamtdauer höchstens bis zu 150 bzw. 120 Tage betragen.

### **Elterngeld (Mutterschaftsgeld, Vaterschaftsgeld, Erziehungsgeld und Adoptivelterngeld)**

Elterngeld kann während des Elternschaftsurlaubs bezogen werden. Eine Versicherungsmitgliedschaft am Tag vor Beginn des Elternschaftsurlaubs begründet einen Anspruch auf Bezug von Elterngeld. Liegt kein Anspruch auf Erziehungsurlaub vor, kann trotzdem Elterngeld bezogen werden, wenn die Person in den vergangenen drei Jahren mindestens 12 Monate lang versichert war.

Das Mutterschaftsgeld beläuft sich auf 100% der durchschnittlichen Gehalts (oder einer anderen Bemessungsgrundlage) der letzten 12 Monate vor dem Erstantrag auf Elternschaftsurlaub. Erziehungsgeld, Vaterschaftsgeld und Adoptivelterngeld belaufen sich auf 90% des Gehalts oder eine andere individuelle Basis während der letzten 12 Monate (100% wenn die Basis € 763,06 nicht übertrifft). Können dafür nicht 12 volle Monate herangezogen werden, so wird 55% des Mindestlohns berücksichtigt. Für Elterngeld gibt es eine Höchstgrenze, davon ausgenommen ist Mutterschaftsurlaub.

Elterngeld kann in der Regel während des Elternschaftsurlaubs bezogen werden. Die einzige Ausnahme ist das Vaterschaftsgeld. Dieses wird nur in den ersten 15 Tagen gezahlt. Für die verbleibenden 75 Tage erhält der Vater nur Leistungen auf der Grundlage des Mindestlohns.

Ein Elternteil darf bis zum 3. Lebensjahr des Kindes eine Teilzeitbeschäftigung aufnehmen (mindestens die Hälfte der Vollarbeitszeit). Bei Vorhandensein von zwei oder drei Kindern in der Familie verlängert sich dieser Zeitraum bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres des jüngsten Kindes. Leben vier oder mehr Kinder in der Familie, darf einer der Elternteile aus dem Arbeitsleben ausscheiden. Sorgt er jedoch für ein behindertes Kind, hat er auch weiterhin Anspruch auf Teilzeitarbeit, bis das Kind ein Alter von 18 Jahren erreicht.

In jedem dieser Fälle garantiert der Arbeitgeber dem Arbeitnehmer den Lohnanspruch für die tatsächlich erfüllten Arbeitspflichten, und die Zahlung der Sozialversicherungsbeiträge für eine volle Stelle wird aus der Elternschaftsversicherung bestritten.

### **Bezug von Leistungen bei Mutterschaft oder Vaterschaft**

Die Leistungsempfänger machen ihre Ansprüche grundsätzlich bei dem für den Wohnort der Mutter zuständigen Zentrum für Sozialarbeit geltend.

Der Leistungsempfänger der Elternschaftsversicherung muss seinen Arbeitgeber binnen 30 Tagen vor dem geplanten Urlaubsdatum über den geplanten Elternschaftsurlaub oder binnen drei Tagen nach der Geburt informieren.

## Kapitel V: Leistungen bei Invalidität

### Anspruch auf Leistungen bei Invalidität

Sie haben Anspruch auf Invaliditätsrente und Leistungen der Invaliditätsversicherung, wenn bei Ihnen eine Invalidität vorliegt. Invalidität liegt bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustands (arbeitsbedingt oder ohne Zusammenhang zur Tätigkeit) vor, die durch medizinische Behandlung oder Rehabilitation nicht behoben werden kann und zu einer Einschränkung oder zum Verlust der Erwerbsfähigkeit führt.

Die Kommission zur Feststellung der Invalidität des slowenischen Instituts für Renten- und Invaliditätsversicherung teilt den Versicherten je nach verbliebener Erwerbsfähigkeit in eine der drei Invaliditätsstufen ein:

- Kategorie I: Der Versicherte ist nicht mehr in der Lage, einer geregelten Produktionstätigkeit nachzugehen.
- Kategorie II: Die Fähigkeit des Versicherten, in seinem Beruf zu arbeiten, ist um mindestens 50% verringert.
- Kategorie III: Der Versicherte ist nicht mehr in der Lage, einer Vollzeitarbeit nachzugehen, er kann aber eine Teilzeitarbeit verrichten; oder die Fähigkeit des Versicherten, in seinem Beruf zu arbeiten, ist um weniger als 50% verringert, oder der Versicherte kann eine Vollzeitarbeit in seinem Beruf ausüben, ist aber nicht mehr für die Arbeit geeignet, die ihm ursprünglich zugewiesen wurde.

Personen, die vor dem Alter von 45 Jahren invalide wurden und einen Leistungsanspruch erworben haben, müssen sich alle fünf Jahre einer medizinischen Untersuchung unterziehen. Kontrollen können auch nach diesem Alter oder vor Ablauf einer 5-Jahres-Frist verlangt werden, je nach Einzelfall. In besonderen Fällen können die Kontrolluntersuchungen auch bei Personen unter 45 Jahren entfallen.

### Abgedeckte Leistungen

#### Invaliditätsrente

Sie haben Anspruch auf Invaliditätsrente bei Vorliegen der folgenden Invaliditätsstufen:

- Kategorie I
- Kategorie II, wenn Sie ohne berufliche Rehabilitation zu keiner anderen angemessenen Vollzeitarbeit fähig sind und Ihnen diese berufliche Rehabilitation nicht angeboten wird, weil Sie älter als 55 Jahre alt sind, oder wenn sie ohne berufliche Rehabilitation zu keiner Teilzeitarbeit von mindestens vier Stunden täglich fähig sind und ihnen diese berufliche Rehabilitation nicht angeboten wird, weil sie älter als 50 Jahre sind;
- Kategorie II oder III, und Ihnen wird keine Arbeit oder keine geeignete Stelle angeboten, weil Sie das 65. Lebensjahr erreicht haben.

Ist die Invalidität Resultat eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit, hat die versicherte Person Anspruch auf eine Invaliditätsrente ohne vorherigen Versicherungsschutz. In anderen Fällen steht Ihnen nur dann eine Invaliditätsrente zu, wenn eine bestimmte „Versicherungsdichte“ vorliegt, wie nachfolgend ausgeführt.

Beispielsweise sollte die Versicherung für mindestens ein Drittel des Zeitraums zwischen dem 20. Lebensjahr (bzw. 23. oder 26. Lebensjahr nach absolvierter Hochschulausbildung) und dem Auftreten der Invalidität bestanden haben. Ist die Invalidität der Kategorie I im Alter zwischen 21 und 29 Jahren eingetreten, ist mindestens 1/4 der Zeit zwischen dem 21. Geburtstag und dem Auftreten der Invalidität erforderlich. Wenn die Invaliditätsstufe I bereits vor dem 21. Geburtstag eingetreten ist, gelangen kulantere Regelungen zur Anwendung. In diesem Fall muss entweder eine Versicherung bestanden haben oder es können mindestens drei Versicherungsmonate nachgewiesen werden.

Die Invaliditätsrente wird anhand der Bemessungsgrundlage für die Renten ermittelt (Im Jahr 2013: Durchschnittslohn in den besten 19 aufeinanderfolgenden Jahren des Versicherungszeitraums nach 1970).

Der Prozentsatz der Bemessung wird festgesetzt in Abhängigkeit von der tatsächlichen Versicherungszeit und der (fiktiven) Zurechnungszeit bei versicherten Personen, die das Rentenalter noch nicht erreicht haben (65 Jahre für Männer und Frauen).

## Leistungen der Invaliditätsversicherung

### Invaliditätsgeld

Invaliditätsgeld (*nadomestilo za invalidnost*) wird an einen Versicherten gezahlt, dem das Recht auf eine Wiederzuweisung nach dem Abschluss der beruflichen Rehabilitation anerkannt wurde und mit einer Invalidität der Kategorie II und einem Alter über 55 Jahren, oder einer Invalidität der Kategorie III, wenn die Arbeitsfähigkeit in dem eigenen Beruf um weniger als 50% gemindert wurde oder in besonderen Fällen wenn die Person ihrem Beruf weiterhin in Vollzeit nachgehen kann, jedoch nicht in der Lage ist weiterhin in der Position zu arbeiten die sie bis dahin inne hatte.

### Teilbeihilfe

Eine versicherte Person mit einer Invalidität der Kategorie III, dem das Recht auf Teilzeitarbeit für mindestens vier Stunden täglich oder 20 Stunden wöchentlich anerkannt wurde, kann Anspruch auf Teilbeihilfe (*delno nadomestilo*) machen. Die Teilbeihilfe wird an die verbleibenden Arbeitsstunden des Versicherten angepasst. Die Anpassung wird auf die Invaliditätsrente, auf welche der Versicherte am Tag an dem die Invalidität eintrat Anspruch hätte, angewendet. Das heißt, wenn die Person 4 Stunden pro Tag arbeitet, hat er/sie Anspruch auf 50% der Invaliditätsrente; wenn die Person 5 Stunden pro Tag arbeitet, hat er/sie Anspruch auf 37,5% der Invaliditätsrente; wenn die Person 6 Stunden pro Tag arbeitet, hat er/sie Anspruch auf 25% der Invaliditätsrente; und wenn die Person 7 Stunden pro Tag arbeitet, hat er/sie Anspruch auf 12,5% der Invaliditätsrente.

### Berufliche Rehabilitation

Die berufliche Wiedereingliederung wird vom Arbeitgeber in Zusammenarbeit mit der Rentenversicherungsanstalt organisiert, die auch die Kosten trägt. Rehabilitationsgeld (*nadomestilo za čas poklicne rehabilitacije*) wird ab dem Zeitpunkt zwischen dem Erwerb des Rechts der beruflichen Rehabilitation und deren Abschluss gezahlt.

### Überbrückungsleistung

Ein Versicherter, der nach Vollendung der beruflichen Rehabilitation Anspruch auf eine Wiederzuweisung oder auf Teilzeitarbeit für nicht weniger als vier Stunden täglich oder 20 Stunden wöchentlich hat, erhält eine Überbrückungsleistung (*začasno nadomestilo*), bis er beginnt in einer anderen Position in Vollzeit zu arbeiten oder in Teilzeit für nicht weniger als vier Stunden täglich oder 20 Stunden wöchentlich.

### **Pflegegeld**

Pflegegeld (*dodatek za pomoč in postrežbo*) ist eine Leistung für legale Einwohner, die Alters-, vorgezogene Alters-, Invaliditäts-, Witwen- oder Hinterbliebenenrente beziehen, wenn sie ständige Hilfe bei der Befriedigung ihrer täglichen Bedürfnisse benötigen. Sie beträgt mindestens 76% der Mindestrente bei Erfüllung einer vollen Mindestversicherungszeit oder die Hälfte für Personen, die für die meisten alltäglichen Tätigkeiten auf Hilfe angewiesen sind.

### **Bezug von Leistungen bei Invalidität**

Der Verlust oder die Beeinträchtigung der verbleibenden Erwerbsfähigkeit, körperliche Behinderungen oder der Anspruch auf andere Leistungen bei Invalidität werden von medizinischen Sachexperten oder Invaliditätsbewertungsausschüssen in erster und zweiter Instanz beurteilt. Einzelne Sachverständige und die Kommissionen zur Feststellung der Invalidität sind Fachgremien der Renten- und Invaliditätsversicherungsanstalt.

## Kapitel VI: Renten und Leistungen im Alter

### Anspruch auf Altersrente

#### Altersrente

Der Anspruch auf Altersrente ist abhängig von Alter bei Eintritt in den Ruhestand, und der Anzahl der Beitrags- und Versicherungsjahre. Die entscheidenden Anspruchsvoraussetzungen für den Bezug einer Altersrente sind folgende:

- 65 Jahren für Männer und Frauen nach einer Versicherungszeit (*zavarovalna doba*) von 15 Jahren (d.h. nur Zeiträume mit bezahlten Beiträgen);
- 60 Jahre nach einer Mindestversicherungszeit ohne erworbene Beitragszeiten (*pokojninska doba brez dokupa*) von 40 Jahren für Männer und Frauen (dies schließt auch beitragsfreie Zeiträume aber keine erworbenen Zeiträume ein).

Während der Übergangszeit gelten folgende Voraussetzungen:

- 63 Jahre und 6 Monate im Jahr 2013 (64 Jahre in 2014, 64 Jahre und 6 Monate in 2015) für Frauen mit 15 Versicherungsjahren,
- 63 Jahre und 6 Monate im Jahr 2013 (64 Jahre in 2014, 64 Jahre und 6 Monate in 2015) für Männer und 61 Jahre und 6 Monate in 2013 (62 Jahre in 2014, 62 Jahre und 6 Monate in 2015, 63 Jahre in 2016, 63 Jahre und 6 Monate in 2017, 64 Jahre in 2018 und 64 Jahre und 6 Monate in 2019) für Frauen mit einer Rentenversicherungszeit von 20 Jahren (d.h. nur Zeiträume mit bezahlten Beiträgen).

Das Mindesteintrittsalter kann in bestimmten Fällen gesenkt werden. Beispielsweise kann es für einen bestimmten Zeitraum, in dem ein Kind betreut wurde, oder bei Frauen und Männern die vor ihrem 18. Lebensjahr arbeitsentgeltlich beschäftigt waren.

### Abgedeckte Leistungen

#### Altersrente

Die Höhe der Altersrente wird als prozentualer Anteil des für die Rente anrechenbaren Einkommens berechnet. Berücksichtigt werden hierbei die 19 aufeinanderfolgenden Versicherungsjahre ab 1970, die die günstigste Rentenberechnung ergeben. Während der Übergangszeit die bis 2018 andauert, wird zu Beginn jedes neuen Kalenderjahres ein Versicherungsjahr hinzugefügt, bis ein Zeitraum von 24 aufeinanderfolgenden Jahren erreicht wird. Es gibt eine Mindest- und eine Höchstgrenze für die Bemessungsgrundlage.

Der Prozentsatz der Bemessung wird festgesetzt in Abhängigkeit vom Geschlecht, welcher für Frauen etwas höher als für Männer liegt, und von der zurückgelegten Mindestversicherungs- und Rentenversicherungszeit. Für Personen mit einer Rentenversicherungszeit von 40 Jahren beträgt die Altersrente 72,5% der Rentenbemessungsgrundlage.

Für den Prozentsatz gibt es keine Obergrenze. Tatsächlich werden die Versicherten dazu ermutigt, länger zu arbeiten und die Rente aufzuschieben. Ist eine versicherte Person länger voll erwerbstätig als die geforderten 40 oder geht nach Erreichen des Eintrittsalters (65 Jahre für Männer und Frauen) in Rente, gelangt ein Bonus in Form eines prozentualen Zusatzbetrags zur Anwendung. Ebenso ist ein Abzug (Malus) möglich, wenn die Person vor Erreichen des Eintrittsalters in Rente geht.

### Teilrente

Wenn Sie die Bedingungen für den Bezug einer Altersrente oder einer vorgezogenen Rente bereits erfüllt haben, sind Sie zum Empfang einer Teilrente berechtigt. Hierfür dürfen Sie nicht mehr als die Hälfte der Vollarbeitszeit angestellt bzw. selbstständig tätig sein. Ungeachtet der Abzüge entspricht die Teilrente stets der Hälfte der Altersrente, auf die Sie bei vollständigem Renteneintritt Anspruch gehabt hätten.

### Jahresbonus

Rentner haben Anspruch auf einen pauschalen Jahresbonus (*letni dodatek*), der in zwei verschiedenen Beträgen je nach Höhe der Rente ausgezahlt wird. Für die Bezieher niedrigerer Renten ist er etwas höher.

### Bezug von Altersrenten

Anträge sind bei der zuständigen Stelle der Renten- und Invaliditätsversicherungsanstalt, bei der Sie zuletzt versichert waren, einzureichen.

## Kapitel VII: Hinterbliebenenleistungen

### Anspruch auf Hinterbliebenenleistungen

Für den Anspruch auf eine Hinterbliebenenrente müssen allgemeine und besondere Bedingungen erfüllt sein. Die allgemeinen Bedingungen beziehen sich auf den verstorbenen Versicherten, die besonderen Bedingungen betreffen die Witwe bzw. den Witwer oder andere Familienangehörige.

#### Allgemeine Bedingungen bezüglich des Verstorbenen

Hinterbliebene Familienangehörige haben Anspruch auf eine Hinterbliebenenrente, wenn der Verstorbene

- die Bedingungen für den Anspruch auf eine Teil-, Alters- oder Invaliditätsrente erfüllt hatte oder
- bereits Empfänger von einer Teil-, Alters- oder Invaliditätsrente oder Bezieher von Leistungen aufgrund Invalidität war.

#### Sonderbestimmungen für die Witwen- bzw. Witwerrente

Folgende Familienangehörige sind für den Bezug von Witwen- oder Witwerrente (*vdovska pokojnina*) berechtigt: der hinterbliebene Ehepartner, der Lebenspartner (sofern man mindestens drei Jahre zusammen gelebt hat bzw. ein Jahr, wenn ein gemeinsames Kind vorhanden ist) sowie geschiedene Ehegatten mit Unterhaltsanspruch.

Ein Anspruch besteht, wenn

- sie zum Zeitpunkt des Todes des Ehepartners ein Alter von mindesten 58 Jahren erreicht haben (wenn sie ein Alter von 53 Jahren erreicht haben wird die Zahlung bis zur Vollendung des 58. Lebensjahrs aufgeschoben),
- die Person unabhängig vom Alter vollständig erwerbsunfähig ist oder die Erwerbsunfähigkeit innerhalb eines Jahres nach dem Sterbedatum eintritt, oder
- sie gegenüber einem Kind mit Anspruch auf Hinterbliebenenrente (*družinska pokojnina*) unterhaltsverpflichtet sind oder ein solches Kind innerhalb von 300 Tagen nach dem Todeszeitpunkt geboren wird.

#### Sonderbestimmungen für die Hinterbliebenenrente

Anspruch auf eine Hinterbliebenenrente (*družinska pokojnina*) haben nach dem Tod der versicherten Person

- Kinder (innerhalb oder außerhalb der Ehe geboren oder adoptiert);
- Stiefkinder, Enkel und andere elternlose Kinder, für deren Unterhalt die Verstorbenen gesorgt haben;
- Eltern sowie Adoptiveltern, für deren Unterhalt die Verstorbenen gesorgt haben.

Anspruch auf Hinterbliebenenrente hat das Kind bis zum 15. Lebensjahr oder bis zum 18. Lebensjahr, wenn es als arbeitsuchend registriert ist oder bis zum Ende seines Studiums (das durch eine Immatrikulationsbescheinigung nachzuweisen ist), jedoch höchstens bis zum Alter von 26 Jahren. Ein Kind mit bestehendem Anspruch auf

Hinterbliebenenrente, das vollständig erwerbsunfähig wird, behält diesen Anspruch so lange wie die Erwerbsunfähigkeit andauert.

Eltern, die von der verstorbenen Person zum Todeszeitpunkt unterhalten wurden, haben Anspruch auf Familienbeihilfe, wenn sie das 60. Lebensjahr erreicht haben oder wenn sie aufgrund einer Behinderung nicht erwerbsfähig sind.

### **Sterbegeld und Erstattung der Beisetzungskosten**

Beide Ansprüche ergeben sich aus der gesetzlichen Krankenversicherung. Vorbehaltlich des Nachweises einer bestimmten Versicherungsdauer müssen spätestens sechs Monate nach dem Tod des Versicherten geltend gemacht werden.

Sterbegeld (*posmrtnina*) ist eine einmalige Pauschalleistung an die Familienangehörigen der verstorbenen Person, die von dieser unterhalten wurden. Anhand ihres Status als mitversicherte Angehörige in der gesetzlichen Krankenversicherung wird davon ausgegangen, dass sie von der verstorbenen Person unterhalten wurden. Bestattungskosten (*pogrebna*) werden als Teilerstattung an die Person gezahlt, die für die Beerdigung des verstorbenen Versicherten aufgekomen ist.

### **Abgedeckte Leistungen**

#### **Witwen- und Witwerrente**

Die Witwen- bzw. Witwerrente entspricht 70% der (Alters- oder Invaliditäts-)Rente, die die verstorbene Person beanspruchen könnte.

Witwen/Witwer, die Anspruch auf eine eigene Rente haben, können zusätzlich 15% der Witwer-/Witwenrente beziehen (bis zu einer Höchstgrenze). Die Summe beider Renten darf die berechnete Altersrente für eine männliche Person mit der höchsten Bemessungsgrundlage für 40 Versicherungsjahre nicht überschreiten.

Falls die verwitwete Person Anspruch auf verschiedene Renten hat, kann sie die günstigste (d. h. die höchste davon) auswählen.

Gleiches gilt für einen geschiedenen Ehepartner, der von der versicherten Person bis zu ihrem Tod unterhalten wurde. Falls die verstorbene Person wieder geheiratet hatte, jedoch weiterhin Unterhalt zahlen musste, erhalten sowohl neue als auch alte Ehepartner Rentenleistungen.

#### **Hinterbliebenenrente**

Die Höhe der Hinterbliebenenrente in Prozent hängt von der Anzahl der berechtigten Personen ab.

Im Fall von Halbwaisen:

- ein Anspruchsberechtigter erhält 70% der Rente des Verstorbenen,
- zwei Anspruchsberechtigte erhalten 80%,
- drei Anspruchsberechtigte erhalten 90%
- vier oder mehr Anspruchsberechtigte erhalten 100% der Rente der verstorbenen Person zum Todeszeitpunkt.

Im Fall von Vollwaisen:

- ein Anspruchsberechtigter erhält 100% der vorgeschriebenen Grundlage der höheren Rente der verstorbenen Eltern zum Zeitpunkt des Todes,
- bei zwei oder mehr Anspruchsberechtigten basiert die Hinterbliebenenrente auf 100% beider Renten der verstorbenen Eltern. Diese Renten werden zu gleichen Teilen entsprechend der Anzahl der Kinder geteilt. Wenn eine Teilung in gleiche Teile nicht möglich ist, geht der restliche Teil an das älteste Kind.

## Bezug von Hinterbliebenenleistungen

Anträge sind bei der zuständigen Stelle der Renten- und Invaliditätsversicherungsanstalt, bei der die verstorbene Person zuletzt versichert war, einzureichen.

Anträge auf Sterbegeld und die Erstattung der Beisetzungskosten sind an die lokale Geschäftsstelle des Instituts der Krankenversicherung Sloweniens zu richten. Die Bestattungskosten können auch durch das Bestattungsunternehmen erstattet werden, sofern dieses einen Vertrag mit dem Institut der Krankenversicherung Sloweniens geschlossen hat.

## Kapitel VIII: Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten

### Anspruch auf Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten

Es gibt keine eigenständige Sozialversicherung, die Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten abdeckt. Diese Risiken werden im Falle einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit von der obligatorischen Krankenversicherung und im Fall der Invalidität oder des Todes der versicherten Person von der obligatorischen Renten- und Invaliditätsversicherung abgedeckt.

Als Arbeitsunfälle gelten Unfälle, die sich im Zusammenhang mit sowie während der Arbeit ereignen, einschließlich der Reisen vom Wohnort zum Arbeitsplatz wenn der Transport vom Arbeitgeber organisiert wurde oder der Unfall sich auf einer Geschäftsreise ereignet.

Dazu zählen auch Wegeunfälle zwischen Arbeitsplatz und Wohnort. Alle Berufskrankheiten sind in einem Verzeichnis aufgeführt. Befindet sich die Krankheit nicht darin, wird diese nicht als Berufskrankheit anerkannt.

### Abgedeckte Leistungen

Bei einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit werden alle Kosten im Zusammenhang mit der akuten Gesundheitsversorgung und der medizinischen Rehabilitation von der obligatorischen Krankenversicherung getragen. Es ist keine Zuzahlung von Seiten der versicherten Person erforderlich.

Ist die vorübergehende Arbeitsunfähigkeit auf einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit zurückzuführen, beträgt die Bemessungsgrundlage 100% der vom Arbeitgeber und anschließend vom Institut der Krankenversicherung Sloweniens gezahlten Geldleistungen im Krankheitsfall. Ferner erhält die versicherte Person die Leistung auch nach dem Auslaufen des Arbeitsvertrags, bis ihre Erwerbsfähigkeit wieder hergestellt ist.

Ist die Erwerbsunfähigkeit auf einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit zurückzuführen, entfällt der vorherige Nachweis der Mindestbeitragszeit für den Bezug von Invaliditätsrente oder Behindertenbeihilfe. Ferner begründet auch ein geringerer Grad (30%) der körperlichen Beeinträchtigung den Anspruch auf Behindertenbeihilfe.

Nicht nur der Zugang zu dieser Leistung ist erleichtert, sondern auch der Leistungsumfang ist erweitert. Für die Berechnung der Invaliditätsrente wird beispielsweise die gesamte Beschäftigungsdauer (40 Jahre für Männer und Frauen) angenommen, und die Behindertenbeihilfe ist höher.

Bei Tod des Versicherten als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit ist für den Anspruch auf eine Hinterbliebenenrente keine Wartezeit erforderlich, die sonst von dem verstorbenen Versicherten hätte erfüllt werden müssen.

---

## **Bezug von Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten**

Sachleistungen bei Krankheit werden vom Hausarzt oder, in Notfällen, von jedem anderen Arzt erbracht. Geldleistungen bei Krankheit werden vom Arbeitgeber gezahlt (Zahlungen über einen Zeitraum von 30 Tagen hinaus werden von der gesetzlichen Krankenversicherung rückerstattet).

Leistungen bei Invalidität und Tod der versicherten Person müssen bei der zuständigen Stelle der Renten- und Krankenversicherung Sloweniens beantragt werden, wo die Person versichert ist oder zuletzt war. Die Stufe der Invalidität oder Behinderung wird von der zuständigen Kommission zur Feststellung der Invalidität ermittelt.

## Kapitel IX: Familienleistungen

### Anspruch auf Familienleistungen

Familienleistungen in Form von Geldleistungen werden bei Entbindungen, für die Kindererziehung sowie als Sonderleistungen für Kinder mit Behinderungen gezahlt.

#### Elternbeihilfe

Elternbeihilfe (*starševski dodatek*) ist eine finanzielle Unterstützung für Eltern, die keinen Anspruch auf Elterngeld aus der Elternchaftsversicherung haben.

Die Bezugsdauer für diese Beihilfe beträgt ein Jahr ab der Geburt des Kindes. Der Anspruch kann generell von der Mutter binnen 77 Tagen nach der Geburt des Kindes geltend gemacht werden. Der Vater oder jede andere Person kann in Ausnahmefällen den Anspruch auf die Elternbeihilfe binnen 77 Tagen nach der Geburt des Kindes geltend machen.

Nach dem 77. Tag kann er von einem Elternteil angemeldet werden, wobei eine schriftliche Vereinbarung beider Elternteile vorliegen muss. Für den Anspruch wird vorausgesetzt, dass beide Personen - also der betreffende Elternteil (oder eine andere Person, die das Kind betreut) und das Kind selbst - EU-Bürger sind und ihren ständigen Wohnsitz in Slowenien haben. Eine Überschneidung mit anderen Leistungen ist nicht zulässig.

#### Zuschuss zur Babyausstattung

Der Zuschuss zur Babyausstattung (*pomoč ob rojstvu otroka*) ist eine einmalige Geldleistung für den Kauf der Grundausrüstung für das Neugeborene, dessen Mutter oder Vater ihren/seinen ständigen Wohnsitz in Slowenien hat und deren monatliches Durchschnittseinkommen pro Person nicht 64% des Netto-Durchschnittslohns überschreitet.

#### Kindergeld

Das Kindergeld (*otroški dodatek*) sichert den Eltern einen zusätzlichen Beitrag zum Lebensunterhalt, zu Erziehung und Ausbildung des Kindes. Hierfür darf das Familieneinkommen pro Person nicht höher 64% des Durchschnittsentgelts in Slowenien betragen. Ferner muss sich der eingetragene Wohnsitz des Kindes in Slowenien befinden.

Kindergeld wird einem Elternteil für ein Kind unter 18 Jahren gewährt.

#### Beihilfe für kinderreiche Familien

Die Beihilfe für kinderreiche Familien (*dodatek za veliko družino*) – also Familien mit drei oder mehr Kindern unter 18 Jahren bzw. 26 Jahren, wenn die Kinder den Status von Schülern, Gymnasiasten, Auszubildenden oder immatrikulierten Studenten haben, und mit einem monatlichen Durchschnittseinkommen pro Person, welches 64% des Netto-Durchschnittseinkommens nicht überschreitet – ist eine jährlich gewährte Leistung für Familien mit mehreren Kindern. Die Beihilfe für kinderreiche Familien wird

einem Elternteil gewährt, wenn er seinen ständigen Wohnsitz gemeinsam mit seinen Kindern hat.

### **Pflegegeld für behinderte Kinder**

Pflegegeld für behinderte Kinder (*dodatek za nego otroka, ki potrebuje posebno nego in varstvo*) ist eine Geldleistung zur Deckung der höheren Pflegekosten für eine Familie, in der ein behindertes Kind lebt.

Diese Beihilfe wird einem Elternteil gewährt, wenn das Kind seinen ständigen Wohnsitz in der Republik Slowenien hat. Sie wird auf Grundlage der Entscheidung eines medizinischen Gutachterausschusses gewährt und bis zum vollendeten 18. Lebensjahr des Kindes bzw. während seiner Ganztagsausbildung ausgezahlt. In Ausnahmefällen wird die Beihilfe für Kinder gezahlt, die von Dritten betreut werden, z. B. wenn sie in Schulinternaten oder in einer Pflegefamilie leben.

### **Einkommensersatzleistung für pflegende Elternteile**

Diese Einkommensersatzleistung (*delno plačilo za izgubljeni dohodek*) ist eine individuelle Leistung für einen Elternteil, wenn dieser aufgrund der Betreuung eines Kindes mit schweren Störungen der geistigen Entwicklung oder mit einer schweren motorischen Behinderung sein Arbeitsverhältnis beenden oder eine Teilzeitarbeit übernehmen muss. Das Kind und ein Elternteil müssen eine EU-Staatsbürgerschaft und ihren ständigen Wohnsitz im Lande haben.

### **Abgedeckte Leistungen**

Die Elternbeihilfe ist ein von den Einkünften der Familie unabhängiger Pauschalbetrag in Höhe von 55% des Grundeinkommens (d.h., € 251) und wird monatlich gezahlt.

Der Zuschuss zur Babyausstattung beläuft sich auf 64% des Mindestlohns (€ 280,75). Anstatt des Zuschusses zur Babyausstattung können Eltern auch eine Babyausstattung (*Layette*) von gleichem Wert wählen.

Die Höhe des Kindergeldes ist vom Familieneinkommen abhängig (je niedriger das Einkommen, desto höher die Leistung), ferner von der Anzahl der Kinder in dieser Familie. Der Betrag erhöht sich um weitere 10% für Alleinerziehende sowie 20% für Kinder im Vorschulalter, die keine Kindertagesstätte besuchen.

Die Beihilfe für kinderreiche Familien beträgt € 393,46 für eine Familie mit drei Kindern. Sie erhöht sich auf € 479,83 für Familien mit vier oder mehr Kindern.

Das Pflegegeld für behinderte Kinder wird als monatliche Beihilfe in Höhe von € 101,05 gezahlt, bei Kindern mit einer schwereren Störung der geistigen Entwicklung oder einer schweren motorischen Behinderung beläuft sie sich auf € 202,17.

Die Einkommensersatzleistung für pflegende Elternteile entspricht dem Mindestlohn (€ 783,66 brutto). Nimmt ein Elternteil eine Teilzeitbeschäftigung auf, wird die Beihilfe entsprechend angepasst und als Prozentsatz vom Mindestlohn gezahlt.

## Bezug von Familienleistungen

Familienleistungen können beim örtlichen Zentrum für Sozialarbeit beantragt werden. Der Anspruch wird 30 Tage vor dem geplanten Entbindungstermin oder spätestens 30 Tage nach der Geburt des Kindes geltend gemacht. Der Anspruch auf Geburtenbeihilfe muss spätestens 60 Tage nach der Geburt geltend gemacht werden, sonst geht dieser verloren.

Kindergeld kann vom Kind selbst beantragt werden, wenn es das 18. Lebensjahr vollendet hat. In diesem Fall wird der Betrag für das erstgeborene Kind gezahlt, unabhängig von der tatsächlichen Zahl der Kinder in dieser Familie. Die Leistung wird jeweils für ein Jahr gewährt und muss binnen 90 Tagen nach der Geburt des Kindes beantragt werden. Danach kann sie nur ab dem ersten Tag des folgenden Monats nach Einreichung des Antrags gewährt werden. Möchte der Anspruchsberechtigte das Kindergeld ohne Unterbrechung beziehen, muss er im letzten Monat vor Ablauf der Zeit, für die das Kindergeld gewährt wurde, einen neuen Antrag stellen.

Die Beihilfe für kinderreiche Familien muss jährlich bis spätestens zum 15. Juli angemeldet werden. Anspruchsberechtigten Familien wird diese Leistung vom Zentrum für Sozialarbeit gewährt.

Pflegegeld für behinderte Kinder muss innerhalb von 90 Tagen nach der Geburt des Kindes beantragt werden. Andernfalls wird die Beihilfe ab dem ersten Tag des Monats nach dem Monat der Antragstellung gewährt.

## Kapitel X: Leistungen bei Arbeitslosigkeit

### Anspruch auf Leistungen bei Arbeitslosigkeit

Arbeitslosengeld (*nadomestilo za priver brezposelnosti*) wird Arbeitnehmern und Selbstständigen, die gegen das Risiko der Arbeitslosigkeit pflichtversichert sind, gewährt. Die Arbeitslosigkeit muss unfreiwillig eingetreten sein; sie darf nicht Folge einer Willensentscheidung oder eines Fehlers des Versicherten sein.

Zusätzlich muss die versicherte Person folgende Bedingungen erfüllen:

- Sie hatte in den letzten 24 Monaten mindestens 9 Monate lang einen Arbeitsvertrag.
- Sie muss ein zumutbares Arbeitsangebot annehmen (ist ein solches Arbeitsangebot vorhanden, wird kein Arbeitslosengeld gezahlt); nach einer bestimmten Zeit muss neben der Zumutbarkeit ein um eine Bildungsstufe niedrigeres Arbeitsangebot angenommen werden.
- Sie muss sich innerhalb von 30 Tagen nach Beendigung des Arbeitsvertrages beim Beschäftigungsservice als arbeitssuchend melden.
- Sie ist arbeitsfähig.
- Sie ist aktiv arbeitssuchend.
- Ihr Alter liegt zwischen 15 Jahren und 65 Jahren.

### Abgedeckte Leistungen

Bemessungsgrundlage für das Arbeitslosengeld ist der monatliche Durchschnittslohn (ohne Bemessungsgrenze und einschließlich Einkommensersatzleistungen) der vergangenen 12 Monate vor Eintritt der Arbeitslosigkeit.

Während der ersten drei Monate beläuft sich das Arbeitslosengeld auf 80% der Bemessungsgrundlage. Zwischen dem vierten und zwölften Monat (d.h. für die nächsten neun Monate) ist es 60% der Bemessungsgrundlage, und danach 50%. Die Leistung darf nicht weniger als € 350 und nicht mehr als € 892,50 betragen.

Die Bezugsdauer von Arbeitslosengeld richtet sich nach der vorherigen Versicherungsdauer. Sie beträgt:

- 3 Monate bei einer Versicherungsdauer von 9 Monaten bis 5 Jahren;
- 6 Monate bei einer Versicherungsdauer von 5 bis 15 Jahren;
- 9 Monate bei einer Versicherungsdauer von 15 bis 25 Jahren;
- 12 Monate bei einer Versicherungsdauer von mehr als 25 Jahren;
- 19 Monate für eine versicherte Person im Alter von über 50 Jahren bei einer Versicherungsdauer von mehr als 25 Jahren.
- 25 Monate für eine versicherte Person im Alter von über 55 Jahren bei einer Versicherungsdauer von mehr als 25 Jahren.

Personen unter 30 Jahren mit mindestens 6 Versicherungsmonaten in den letzten 24 Monaten haben Anspruch auf ein zweimonatiges Arbeitslosengeld.

Zusätzlich zahlt der Beschäftigungsservice Renten- und Invaliditätsbeiträge für bis zu einem Jahr bis die Bedingungen für den Renteneintritt erfüllt sind.

Solange der Arbeitslose das Arbeitslosengeld bezieht, ist er in den Sozialversicherungen versichert, nämlich der gesetzlichen Renten- und Invaliditätsversicherung, der gesetzlichen Krankenversicherung, der Elternschaftsversicherung und der Arbeitslosenversicherung.

### **Bezug von Leistungen bei Arbeitslosigkeit**

Arbeitslosengeld kann bei der zuständigen Agentur des slowenischen Arbeitsamts beantragt werden. Versicherte erhalten die Leistung ab dem ersten Tag nach Ende des Arbeitsverhältnisses.

Wenn sich die Person erst nach der oben genannten Frist beim Arbeitsamt meldet, verkürzt sich der Anspruch auf Arbeitslosengeld um die entsprechende Säumnisfrist.

## Kapitel XI: Mindestsicherung

### Anspruch auf Leistungen zur Mindestsicherung

Alle Bürger mit ständigem Wohnsitz, die aus objektiven Gründen nicht über ausreichende Mittel verfügen (deren Eigentum und Einkommen unter einer bestimmten Grenze liegen), haben Anspruch auf Sozialhilfe (*denarna socialna pomoč*).

#### Ergänzungszulage

Die Ergänzungszulage (*varstveni dodatek*) ist eine monatliche bedarfsabhängige Geldleistung aus der Sozialhilfe. Sie wird permanent erwerbsunfähigen Personen (*trajno nezaposljive osebe*), Personen mit permanenter Arbeitsunfähigkeit (*osebe, trajno nezmožne za delo*) und Personen, die älter als 63 Jahre für Frauen und 65 Jahre für Männer sind, gewährt.

#### Abgedeckte Leistungen

Die Höhe der Sozialhilfe orientiert sich am Existenzminimum und ist an das Mindesteinkommen (*minimalni dohodek*) gekoppelt (die momentane Basismindesteinkommenshöhe beträgt € 261,56). Die Mindesthöhe der Leistung für eine Familie ist abhängig von der Anzahl der Familienmitglieder.

Die Höhe der Sozialhilfe berechnet sich aus der Differenz zwischen dem Mindesteinkommen (der Einzelperson oder der Familie) und dem tatsächlichen Einkommen (der Einzelperson oder der Familie). Die Bezugsdauer darf drei Monate nach Erstbewilligung nicht überschreiten. Sie kann jedoch bei unveränderter Situation um sechs Monate verlängert werden. In besonderen Fällen (bei Personen über 63 für Frauen und 65 für Männer oder anderen relevanten Umständen) kann die Leistung auch für einen Zeitraum von bis zu 12 Monaten gewährt werden. Die Leistung kann auf Dauer gewährt werden, falls Personen die Anforderungen für die Ergänzungszulage erfüllen.

Die Ergänzungszulage beläuft sich auf den Unterschiedsbetrag zwischen der Sozialhilfe (oder dem tatsächlichen Einkommen) und der Obergrenze. Die Obergrenze wird berechnet durch die Addierung eines bestimmten Prozentsatzes (73% für den ersten Volljährigen, 36% für den zweiten) zu dem Prozentsatz der Sozialhilfe.

#### Bezug von Leistungen zur Mindestsicherung

Der Antrag auf Sozialhilfe und Ergänzungszulage wird beim zuständigen Zentrum für Sozialarbeit in einem besonderen Formular eingereicht. Die Zentren sammeln die Informationen, selbst wenn die Informationen als vertraulich gelten, direkt von den Personen und *ex officio* von Datenbanken, welche durch autorisierte Körper und Institutionen in Stand gehalten werden.

## Kapitel XII: Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

### Anspruch auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

Das slowenische Versicherungssystem sieht keine spezielle Pflegeversicherung vor. Eine pflegebedürftige Person, die die ständige Hilfe und Dienste einer dritten Person zur Bewältigung ihres Alltags benötigt, hat jedoch Anspruch auf bestimmte Leistungen aus verschiedenen Sozialversicherungsprogrammen. So sind in der gesetzlichen Renten- und Invaliditätsversicherung, der gesetzlichen Krankenversicherung, der Elternschaftsversicherung und in den Sozialhilfeprogrammen besondere Rechte vorgesehen.

#### Pflegegeld

Pflegegeld (*dodatek za pomoč in postrežbo*) ist für Empfänger von Alters-, Invaliditäts-, Witwen- und Hinterbliebenenrente und andere versicherte Personen in speziellen Fällen bei dauerhafter Hilfebedürftigkeit beim Ausführen ihrer Lebensnotwendigkeiten vorgesehen, die ihren rechtmäßigen ständigen Wohnsitz in Slowenien haben. Es kann auch Empfängern von Sozialhilfe gewährt werden.

#### Invaliditätsgeld

Invaliditätsgeld (*nadomestilo za invalidnost*) ist ein Sozialschutz für Personen die unter moderater, schwerer oder beträchtlicher mentaler Entwicklungsstörung leiden, oder körperlich Behinderte, welche unfähig sind selbstständig zu leben und zu arbeiten.

#### Pflegezulage

Pflegezulage (*dodatek za tujo nego in pomoč*) wird behinderten Personen, die Behindertenbeihilfe erhalten, gewährt, die über keine gesetzlichen Ansprüche aus der Renten- und Invaliditätsversicherung verfügen. Die Zulage wird behinderten Personen gewährt, die bei der Verrichtung alltäglicher Aktivitäten ständig (oder überwiegend) die Hilfe anderer Personen benötigen.

#### Pflegegeld für behinderte Kinder

Pflegegeld für behinderte Kinder (*dodatek za nego otroka, ki potrebuje posebno nego in varstvo*) zählt zu den Familienleistungen. Es soll dazu dienen, die erhöhten Kosten für die Pflege dieser Kinder zu decken.

#### Einkommensersatzleistung für pflegende Elternteile

Die Einkommensersatzleistung für pflegende Elternteile (*delno plačilo za izgubljeni dohodek*) zählt ebenfalls zu den Familienleistungen. Sie wird Elternteilen gewährt, die ihre Arbeit aufgrund der Pflege für ein behindertes Kind aufgeben haben.

#### Sachleistungen

Eine verlängerte Krankenhausbehandlung zählt zu den langfristigen Sachleistungen, die von der gesetzlichen Krankenversicherung abgedeckt sind. Ferner werden medizinische Hilfsmittel (orthopädische Hilfsmittel, Hörhilfen oder andere Hilfsmittel

für die häusliche Pflege wie z. B. Spezialbetten, Sanitärausstattung usw.) gewährt. Die Kosten werden u. a. für behinderte Kinder, bestimmte behinderte Personen und für Personen über 75 Jahre voll übernommen.

Vollstationäre Pflege ist eine soziale Dienstleistung, die beispielsweise älteren Personen gewährt wird. Personen, die Anspruch auf institutionelle Pflege haben, können sich stattdessen auch für die Hilfe durch einen Familienhelfer (*družinski pomočnik*) entscheiden. Familienhelfer werden Personen mit Behinderungen, die bei allen grundlegenden Bedürfnissen auf fremde Hilfe angewiesen sind und Einkommensersatzleistung für pflegende Elternteile erhalten, durch das zuständige Zentrum für Sozialarbeit gewährt. Es besteht auch die Möglichkeit, Pflegeleistungen beim Empfänger in dessen Zuhause (häusliche Pflege) zu erbringen.

## Abgedeckte Leistungen

Pflegegeld wird Blinden oder sehbehinderten Personen; Personen mit mindestens 70% verringerter Mobilität; und Personen, die ständige Aufsicht benötigen gewährt – falls dies auf dauerhaften Veränderungen in ihrem Gesundheitszustand basiert und kein Ausführen aller oder einem Großteil ihrer grundlegenden Bedürfnisse möglich ist, weil keine eigenständigen Bewegungen möglich sind und ein Unvermögen zur Nahrungsaufnahme ohne Hilfeleistung, zum An- und Entkleiden, zur Körperpflege und zum Ausführen anderer grundlegender Tätigkeiten, die zum Überleben notwendig sind, vorliegt.

Pflegezulage wird behinderten Personen gewährt, die bei der Verrichtung aller, oder einem Großteil, ihrer alltäglicher Aktivitäten ständig Hilfe anderer Personen benötigen.

Pflegegeld für behinderte Kinder ist eine Geldleistung für Kinder, die besondere Pflege und Schutz benötigen, und soll die höheren Lebenserhaltungskosten einer Familie abdecken, die durch die Pflege und den Schutz eines solchen Kindes anfallen. Das Anrecht wird ausgeführt aufgrund der Meinung einer medizinischen Kommission. Das Pflegegeld ist nicht verfügbar in Fällen, in denen das Kind in einer Einrichtung ist, wo es volltägige kostenfreie Pflege erhält.

Eine monatliche Einkommensersatzleistung für pflegende Elternteile kompensiert den Einkommensverlust eines der Elternteile aufgrund einer erhöhten Aktivität für Pflege und Schutz eines Kindes mit beträchtlicher geistiger oder körperlicher Behinderung. Dies ist der Fall wenn der Elternteil seine Arbeit kündigt oder falls er/sie nur eine Teilzeitarbeit verfolgt. Die Höhe dieser Leistung entspricht dem Mindestlohn. Falls ein Elternteil Teilzeit arbeitet, hat er/sie Anrecht auf eine Proportion der Leistung.

Die Gewährung von Sachleistungen an anspruchsberechtigte Personen erfolgt entsprechend ihrer individuellen Bedürftigkeit. Die Art der vollstationären Pflege (Pflege 1, 2, 3A, 3B und 4) hängt von der individuellen Beurteilung ab. Personen der Pflegestufe I brauchen z. B. nur sehr eingeschränkte Hilfe (meistens sehr grundlegende Hilfe und soziale Pflege) während Pflegestufe IV an Personen mit ernsthaften und lang andauernden geistigen Problemen wie Demenz, welche mehr oder weniger dauerhafte und besondere Pflege benötigen, gewährt wird.

## **Bezug von Leistungen bei Pflegebedürftigkeit**

Der Anspruch auf die Leistung besteht, sobald die Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde. Die Beurteilung erfolgt durch Experten (Behindertenausschüsse, Ärzte und andere Fachleute). Der Behindertenausschuss ist aus Ärzten, für die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit, besonders im Bereich der Behindertenpflege, befähigten Experten, und anderen relevanten Experten der Sozialsicherung zusammengesetzt.

Die Gewährung der Leistungen erfolgt, solange die Bedürftigkeit besteht und alle sonstigen Bedingungen (z. B. Alter eines Kindes) erfüllt sind.

Anträge auf Pflegegeld müssen bei der örtlichen Zweigstelle der Renten- und Krankenversicherungsanstalt oder, wenn es sich um eine Zulage zur Sozialhilfe handelt, beim Zentrum für Sozialarbeit eingereicht werden.

Die meisten sonstigen Leistungen (Pflegegeld für behinderte Kinder, Einkommensersatzleistung für pflegende Elternteile und Familienhelfer) können bei der örtlichen Zweigstelle des Zentrums für Sozialarbeit beantragt werden.

Der Anspruch auf Krankenhauspflege muss von einem Krankenhausarzt und der Anspruch auf vollstationäre Pflege von einem Pflegedienstleistungserbringer (oder in manchen Fällen vom Zentrum für Sozialarbeit) ermittelt werden.

## Anhang: Nützliche Kontaktdaten und Internetadressen

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

Für nähere Informationen zu den Anspruchsvoraussetzungen und den einzelnen Sozialleistungen in Slowenien wenden Sie sich bitte an die staatlichen Verwaltungsstellen im Bereich Sozialschutz sowie die regionalen Zentren für Sozialarbeit.

Wenn Sie wissen möchten, wie sich eine Versicherung in zwei oder mehr Mitgliedstaaten auf bestimmte Leistungen auswirkt, wenden Sie sich bitte an folgende Stelle:

Institut für Krankenversicherung  
(Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije)  
Miklošičeva 24  
1000 Ljubljana  
Tel.: +386 1 30 77 200  
Fax: +386 1 43 13 245  
E-Mail: [DI@zzzs.si](mailto:DI@zzzs.si)  
<http://www.zzzs.si/>

Renten- und Invaliditätsversicherungsanstalt  
(Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije)  
Kolodvorska 15  
1518 Ljubljana  
Tel.: +386 1 47 45 100  
Fax: +386 1 43 21 046  
E-Mail: [informacije@zpiz.si](mailto:informacije@zpiz.si)  
<http://www.zpiz.si/>

Beschäftigungsservice  
(Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje)  
Rožna dolina, Cesta IX/6  
1000 Ljubljana  
Tel: + 386 479-09-00  
Fax: + 386 479-02-62  
E-Mail: [info@ess.gov.si](mailto:info@ess.gov.si)  
<http://www.ess.gov.si/>

Zentrum für Sozialarbeit Ljubljana Bežigrad  
(Center za socialno delo Ljubljana Bežigrad)  
Zentrale Einheit für Elternschutz und Familienleistungen  
Einspielerjeva ul. 6  
1000 Ljubljana  
Tel.: +386 1 3001 800  
Fax: +386 1 3001 830  
E-Mail: [gpcsd.ce@gov.si](mailto:gpcsd.ce@gov.si)  
<http://www.csd-lj-bezigrad.si>