



Europäische
Kommission

Ihre Rechte der sozialen Sicherheit

in der Slowakischen Republik

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	7
Finanzierung	8
Kapitel II: Sachleistungen bei Krankheit	11
Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit	11
Abgedeckte Leistungen	11
Bezug von Sachleistungen bei Krankheit	11
Kapitel III: Geldleistungen bei Krankheit	12
Anspruch auf Geldleistungen bei Krankheit	12
Abgedeckte Leistungen	13
Bezug von Geldleistungen bei Krankheit	14
Kapitel IV: Leistungen bei Mutterschaft und Vaterschaft	16
Anspruch auf Leistungen bei Mutterschaft oder Vaterschaft	16
Abgedeckte Leistungen	16
Bezug von Leistungen bei Mutterschaft oder Vaterschaft	18
Kapitel V: Leistungen bei Invalidität	19
Anspruch auf Leistungen bei Invalidität	19
Abgedeckte Leistungen	19
Bezug von Leistungen bei Invalidität	20
Kapitel VI: Renten und Leistungen im Alter	21
Anspruch auf Altersrente	21
Abgedeckte Leistungen	23
Bezug von Altersrenten	24
Kapitel VII: Hinterbliebenenleistungen	26
Anspruch auf Hinterbliebenenleistungen	26
Abgedeckte Leistungen	27
Bezug von Hinterbliebenenleistungen	28
Kapitel VIII: Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten	29
Anspruch auf Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten	29
Abgedeckte Leistungen	29
Bezug von Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten	31
Kapitel IX: Familienleistungen	32
Anspruch auf Familienleistungen	32
Abgedeckte Leistungen	33
Bezug von Familienleistungen	35
Kapitel X: Leistungen bei Arbeitslosigkeit	36
Anspruch auf Leistungen bei Arbeitslosigkeit	36
Abgedeckte Leistungen	36
Bezug von Leistungen bei Arbeitslosigkeit	36
Kapitel XI: Mindestsicherung	38
Anspruch auf Leistungen zur Mindestsicherung	38
Abgedeckte Leistungen	38
Bezug von Leistungen zur Mindestsicherung	39
Kapitel XII: Leistungen bei Pflegebedürftigkeit	40
Anspruch auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit	40
Abgedeckte Leistungen	40
Bezug von Leistungen bei Pflegebedürftigkeit	40
Anhang: Nützliche Kontaktdaten und Internetadressen	41

Kapitel I: Allgemeines, Organisation und Finanzierung

Allgemeines

Zweige der sozialen Sicherheit

Das System der sozialen Sicherheit der Slowakischen Republik umfasst folgende Zweige: Krankenversicherung, Sozialversicherung, Rentenversicherung sowie staatliche Familienleistungen und Sozialhilfe.

Als medizinische Behandlung (im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes) ist jede Sachleistung zu verstehen, die im Rahmen des gesetzlichen Sozialschutzes (hier im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung) erbracht wird und nicht zu den privaten Behandlungen gehört, d. h. zu den Behandlungen, für die der Patient die Kosten direkt an seinen Arzt zu entrichten hat. Es ist ein universelles Gesundheitssystem für alle Einwohner (Wohnsitzprinzip), finanziert über obligatorische Versicherungsbeiträge von Arbeitnehmern, Arbeitgebern, Selbstständigen sowie über staatliche Zuschüsse (für Kinder, Rentner, Arbeitslose usw.). In manchen Fällen sind vom Versicherten Zuzahlungen zu leisten. Die Sachleistungen umfassen vor allem Kurbehandlungen, ärztliche Behandlungen, Arzneimittel, medizinische Instrumente, Diätahrung sowie Heilbäder, wenn sie der Behandlung oder Vorbeugung von Gesundheitsstörungen, der Schmerzlinderung, der Vorbeugung, Diagnose und Behandlung von Krankheiten, der Rehabilitation usw. dienen.

Die Sozialversicherung sichert alle Arbeitnehmer und Selbstständigen ab, mit Ausnahme der Mitglieder der staatlichen Polizei, der slowakischen Informationsdienste, des Amtes für nationale Sicherheit, der Angehörigen des Aufsichtspersonals in Haftanstalten und Gerichten, der Feuerwehr und Bergwacht, des Zolls und des Personals der Armee, das beruflich in den Streitkräften tätig ist (Berufsoffiziere).

Für Polizeibeamte, Berufsoffiziere und Offiziere in der Ausbildung wurde ein eigenes soziales Sicherungssystem eingeführt. Dieses gesonderte System der sozialen Sicherung für Militär- und Polizeiangehörige dürfen nur natürliche Personen in Anspruch nehmen, die in den Streitkräften oder Armeekorps der Slowakischen Republik beschäftigt sind. Die slowakische Staatsbürgerschaft ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für die Zugehörigkeit zu diesen Berufsgruppen. Es ist im Übrigen ausgeschlossen, dass ein Angehöriger des Militärs oder der Polizei gleichzeitig die Staatsbürgerschaft eines Drittlandes besitzt. Dies gilt natürlich nicht für die hinterbliebenen Familienmitglieder und ihre Ansprüche auf eine Hinterbliebenenrente (Witwenrente, Waisenrente): Ihre Staatsbürgerschaft hat keinen Einfluss auf ihre Rechte.

Das slowakische Sozialversicherungssystem, wie es im Sozialversicherungsgesetz festgelegt ist, umfasst:

- eine Krankenversicherung, die Schutz vor einem Verlust oder Rückgang des Einkommens aus gesundheitlichen Gründen bietet und bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit, Schwangerschaft oder Mutterschaft ein Einkommen gewährleistet
- eine Rentenversicherung, bestehend aus den folgenden Versicherungen:
 - eine Altersrentenversicherung zur Gewährleistung eines Einkommens für alte Menschen und der Zahlung von Hinterbliebenenrenten im Todesfall

- eine Invaliditätsversicherung, die bei Minderung oder Verlust der Fähigkeit, einer Beschäftigung oder selbstständigen Erwerbstätigkeit nachzugehen (wegen lang anhaltender gesundheitlicher Probleme des Versicherten und auch beim Tod des Versicherten) Renten zahlt
- eine Arbeitsunfallversicherung, die gesundheitliche Beeinträchtigungen und Todesfälle infolge eines Arbeitsunfalls, einer Verletzung bei der Arbeit (dieser Fall ist den Arbeitsunfällen gleichgestellt) oder einer Berufskrankheit absichert
- eine Arbeitslosenversicherung, die als Versicherung bei Einkommensausfällen durch Eintritt der Arbeitslosigkeit fungiert und bei Arbeitsplatzverlust ein Einkommen gewährleistet.
- einen Lohngarantiefonds, der die Fälle absichert, in denen der Arbeitgeber nicht in der Lage ist, seinen Verbindlichkeiten gegenüber dem Arbeitnehmer sowie den von ihm zu entrichtenden Rückständen der Altersrentenversicherung für den Grundrentenansparfonds nachzukommen.

Die gesetzliche Rentenversicherung der Slowakischen Republik beruht auf zwei Grundsätzen:

- einer gesetzlichen Rentenversicherung, einem beitragsorientierten Umlagesystem, das von der Sozialversicherungsanstalt verwaltet wird und
- einem gesetzlichen Altersrentenansparsystem, einem beitragsorientierten kapitalgedeckten System, das von privaten Rentenversicherungsfonds verwaltet wird. Das Rentenansparsystem besteht aus Spareinlagen auf ein privates Konto, das gemeinsam mit der Rentenversicherung nach dem Sozialversicherungsgesetz den Versicherten im Ruhestand oder nach ihrem Tod ihren Nachkommen ein Einkommen garantieren soll.

Das staatliche Unterstützungssystem für Familien fällt in den Zuständigkeitsbereich des Ministeriums für Arbeit, Soziales und Familie der Slowakischen Republik und bietet hauptsächlich Geldleistungen für Familien. Im Rahmen dieses staatlichen Sozialhilfesystems gewährt die derzeitige Gesetzgebung Leistungen in Form von Sterbegeld und von Familienbeihilfen. Die Leistungen werden den Leistungsempfängern über lokale Geschäftsstellen des Amtes für Arbeit, Soziales und Familie unter der Aufsicht der zentralen Behörde für Arbeit, soziale Angelegenheiten und Familie (*Ústredie práce, sociálnych vecí a rodiny*) gezahlt. Das Steuerinstrument für betreute Kinder (Steuerergutschrift) fällt in den Zuständigkeitsbereich des Finanzministeriums und wird vom Finanzamt bewilligt.

Die Sozialhilfe setzt sich aus Sach- und Geldleistungen zusammen, die den Leistungsempfängern über die staatlichen Behörden (im Zuständigkeitsbereich des Ministeriums für Arbeit, Soziales und Familie der Slowakischen Republik und des Gesundheitsministeriums der Slowakischen Republik) oder die Kommunalbehörden gewährt werden. Diese Hilfe wird Personen mit ernststen finanziellen Problemen sowie Personen mit einer körperlichen Behinderung bewilligt. An der Organisation der Verteilung sind die staatlichen Behörden, insbesondere die Ämter für Arbeit, Soziales und Familie, die Kommunalbehörden sowie bestimmte nicht staatliche Stellen (dritter Sektor) beteiligt.

Mitgliedschaft in der Krankenversicherung

Eine Pflichtmitgliedschaft in der Krankenversicherung besteht für jeden Arbeitnehmer, der nicht durch den Staat „abgedeckt“ ist.

Folgende Personen sind in der Kranken- und Rentenversicherung pflichtversichert:

- Arbeitnehmer, deren Arbeitsort sich im Hoheitsgebiet der Slowakischen Republik oder - in einer vom Arbeitgeber festgesetzten Zeit - außerhalb davon befindet, sofern die internationalen Verträge, die Vorrang vor dem Recht der Slowakischen Republik haben, keine andere Versicherungszugehörigkeit vorschreiben. Der Erwerb oder Verlust der Rechtsstellung eines Arbeitnehmers ist der rechtliche Tatbestand, der bedingt, ob der Arbeitnehmer versicherungspflichtig ist oder nicht.
- selbständig erwerbstätige Personen (im Folgenden „Selbständige“), deren unmittelbare oder mittelbare Einkünfte aus ihrem Unternehmen oder aus der Ausübung einer anderen, im Einkommenssteuergesetz definierten selbständigen Erwerbstätigkeit 50% des jährlichen Durchschnittslohns für eine Vollzeitbeschäftigung überschreiten. Der rechtliche Tatbestand, der bedingt, ob für einen Selbständigen eine Versicherungspflicht im Kranken- und Rentenversicherungssystem entsteht oder endet, sind die unmittelbaren oder mittelbaren Einkünfte aus seinem Unternehmen oder durch die Tätigkeit als Selbständiger. Die Höhe dieser Einkünfte wird im Allgemeinen am 1. Juli des laufenden Jahres für das vorhergehende Kalenderjahr gemeldet.

Sonstige Pflichtversicherte der Rentenversicherung:

- Einzelpersonen, die ihren Wohnsitz in der Slowakischen Republik haben und in Vollzeit ein Kind unter sechs Jahren betreuen, dessen ständiger Wohnsitz sich ebenfalls in der Slowakischen Republik befindet, die nicht an anderer Stelle als Arbeitnehmer oder Selbständige versichert sind, weder eine vorgezogene Altersrente noch eine Invaliditätsrente beziehen und das gesetzliche Rentenalter noch nicht erreicht haben. Ein Antrag auf Mitgliedschaft in der Rentenversicherung muss ordnungsgemäß ausgefüllt bei den zuständigen Stellen eingereicht werden.
- Einzelpersonen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Slowakischen Republik haben und in Vollzeit ein Kind zwischen 6 und 18 Jahren betreuen, dessen ständiger Wohnsitz sich ebenfalls in der Slowakischen Republik befindet und das schwere gesundheitliche Probleme hat, die nicht an anderer Stelle als Arbeitnehmer oder Selbständige versichert sind oder gemäß obigem Punkt weder eine vorgezogene Altersrente noch eine Invaliditätsrente beziehen und das gesetzliche Rentenalter noch nicht erreicht haben. Ein Antrag auf Mitgliedschaft in der Rentenversicherung muss ordnungsgemäß ausgefüllt bei den zuständigen Stellen eingereicht werden.
- Einzelpersonen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Slowakischen Republik haben und nach den geltenden Rechtsvorschriften für höchstens 12 Jahre ein Pflegegeld erhalten, die nicht an anderer Stelle als Arbeitnehmer oder Selbständige versichert sind oder gemäß den obigen Punkten weder eine vorgezogene Altersrente noch eine Invaliditätsrente beziehen und das Rentenalter noch nicht erreicht haben. Ein Antrag auf Mitgliedschaft in der Rentenversicherung muss ordnungsgemäß ausgefüllt bei den zuständigen Stellen eingereicht werden.
- Einzelpersonen, die vor Erreichen des Rentenalters oder vor der Bewilligung einer Vorruhestandsrente eine Invaliditätsrente beziehen, sowie natürliche Personen, die eine Arbeitsunfallrente beziehen.

Eine Pflichtmitgliedschaft in der Unfallversicherung besteht für jeden Arbeitgeber, der mindestens eine Person auf der Grundlage eines Arbeitsvertrags oder einer anderen Form einer Arbeitsvereinbarung beschäftigt.

Eine Pflichtmitgliedschaft in der Arbeitslosenversicherung besteht für jeden Arbeitnehmer, der Mitglied der gesetzlichen Krankengeldversicherung ist. Die Arbeitslosenversicherung gilt nicht für die im Gesetz genannten Personen (beispielsweise Staatsbedienstete in bestimmten Bereichen des öffentlichen Dienstes, Staatsanwälte, Mitglieder der Feuerwehr und der Rettungsdienste), für inhaftierte

Einzelpersonen, die in diesem Rahmen einer Beschäftigung nachgehen oder Arbeiten leisten, und auch nicht für Personen, die eine Alters-, Vorruhestands- oder Invaliditätsrente beziehen, wenn ihr Erwerbsminderungsgrad mindestens 70% beträgt.

Jede natürliche Person, die das Alter von 16 Jahren erreicht hat, ihren ständigen Wohnsitz im Hoheitsgebiet der Slowakischen Republik hat oder eine zeitweilige Aufenthaltsgenehmigung für dieses Gebiet besitzt, kann freiwilliges Mitglied der Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherung werden. Der Status eines freiwillig Versicherten besteht ab dem Tag, an dem die Versicherungsunterlagen eingereicht werden, und endet an dem Tag, an dem der Versicherte ausscheidet oder seine Kündigung einreicht. Dem Altersrentenansparsystem (kapitalgedeckte Säule) muss jede natürliche Person (selbst diejenigen, die dem System freiwillig beigetreten sind) beitreten, die nach dem 30. Juni 2006 Mitglied der Rentenversicherung geworden ist, die vor dem 1. Januar 2005 bei der Sozialversicherungsanstalt niemals als Mitglied der Rentenversicherung geführt wurde (beispielsweise ausländische Arbeitnehmer, die einer Erwerbstätigkeit in der Slowakischen Republik nachgehen) und folgenden Status hat:

- Arbeitnehmer
- rentenpflichtversicherte Selbstständige
- natürliche Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Slowakischen Republik haben und in Vollzeit ein Kind unter sechs Jahren betreuen, das ebenfalls seinen ständigen Wohnsitz in der Slowakischen Republik hat
- natürliche Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Slowakischen Republik haben und in Vollzeit ein Kind über sechs Jahren betreuen, das lang anhaltende schwere gesundheitliche Probleme hat und ebenfalls seinen ständigen Wohnsitz in der Slowakischen Republik hat
- natürliche Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Slowakischen Republik haben und aufgrund des Bezugs von Pflegegeld Pflichtmitglied der Rentenversicherung sind
- freiwillig Rentenversicherte

Sozialversicherungsnummer (nationale Identifizierung)

In jedem Antrag, jeder Erklärung oder Einreichung von Unterlagen bei der Sozialversicherungsanstalt seitens einer natürlichen oder juristischen Person muss die Sozialversicherungsnummer der betreffenden Person angegeben sein. Soweit nicht anders angegeben, entspricht die Sozialversicherungsnummer einer natürlichen Person ihrer Geburtsnummer. Durch die Verwendung dieser Nummer sollen die Kommunikation mit den Behörden beschleunigt und Fehlerrisiken vermindert werden.

Organisation der sozialen Sicherheit

Das System der sozialen Sicherheit in der Slowakischen Republik besteht aus vier Zweigen. Die beiden wichtigsten Zweige sind das Gesundheitswesen und die Sozialversicherung, die beiden übrigen sind das staatliche Unterstützungssystem für Familien und die Sozialhilfe.

Sozialversicherung

Die Geldleistungen der Sozialversicherung werden von einer staatlichen Behörde, der Sozialversicherungsanstalt, verwaltet. Die Gesetze zur Regelung des gesamten Systems der sozialen Absicherung fallen in den Zuständigkeitsbereich des Ministeriums für Arbeit, Soziales und Familie der Slowakischen Republik, das allerdings nicht direkt in die Tätigkeiten der Sozialversicherungsanstalt eingreift, die für die besagten Sozialleistungen zuständig ist. Aufgrund ihrer Aufgabe als für die Sozialversicherung zuständige Behörde dient die Sozialversicherungsanstalt als Verbindungsstelle zwischen den verschiedenen betroffenen Trägern und den Anspruchsberechtigten sowie mit den Trägern der Mitgliedstaaten der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraums und der Schweiz. Die Sozialversicherungsanstalt unterhält regionale Zweigstellen.

Sachleistungen bei Krankheit

Sachleistungen werden unter der Zuständigkeit des Gesundheitsministeriums (*Ministerstvo zdravotníctva*) gewährt. Das obligatorische Krankenversicherungssystem deckt die Behandlung in Einrichtungen des Gesundheitswesens und bestimmte Arzneimittel ab. Das System besteht aus drei Krankenversicherungsanstalten, wobei die meisten Einwohner der Allgemeinen Krankenversicherung (*Všeobecná zdravotná poisťovňa*) angehören. Die faktische Versorgung mit Sachleistungen obliegt kommunalen Gesundheitszentren, Krankenhäusern und Polikliniken, Sanatorien und Heilbädern. Das System nutzt sowohl staatliche als auch private Angebote.

Staatliche Unterstützung von Familien

Geldleistungen werden in der Zuständigkeit des Ministeriums für Arbeit, Soziales und Familie durch das Amt für Arbeit, Soziales und Familie (*Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny*) gewährt. Die Steuervergünstigung liegt in der Zuständigkeit des Finanzministeriums (*Ministerstvo financií*) und wird durch die Finanzämter und Unternehmen verwaltet.

Sozialhilfe

Geld- und Sachleistungen liegen in der Zuständigkeit des Ministeriums für Arbeit, Soziales und Familie, des Gesundheitsministeriums und der kommunalen Selbstverwaltung. Die Leistungen werden an behinderte Menschen mit eingeschränkter Erwerbsfähigkeit, an behinderte Personen, die auf die Hilfe anderer Personen angewiesen sind, und an bedürftige Personen gewährt. Organisiert wird die Sozialhilfe durch die Regionalregierungen, regionale Dienststellen des Amtes für Arbeit, Soziales und Familie, lokale Behörden und nichtstaatliche Organisationen.

Finanzierung

Geldleistungen werden aus Beiträgen finanziert und in der Zuständigkeit des Ministeriums für Arbeit, Soziales und Familie (*Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny*) vor allem über die Sozialversicherungsanstalt (*Sociálna poisťovňa*) gewährt.

Die Beiträge zur Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherung der Arbeitnehmer werden in ihrem Namen von ihrem Arbeitgeber entrichtet. Der Arbeitnehmeranteil an diesen Beiträgen wird durch die Arbeitgeber von ihrem Lohn einbehalten.

Krankenversicherung wird getragen von:

- Arbeitnehmern
- Arbeitgebern
- Selbstständigen
- dem Staat (für Kinder, Rentner, Arbeitslose usw.)

Die Beiträge zur Kranken-, Renten- und Invaliditätsversicherung sind von folgenden Gruppen zu entrichten:

- Arbeitnehmern
- Arbeitgebern
- versicherungspflichtigen Selbstständigen
- freiwillig Versicherten (nur Sozialversicherung)

Der Staat übernimmt die Beiträge zur Renten- und Invaliditätsversicherung der natürlichen Personen, die unter den ersten drei Punkten des Abschnitts „Sonstige Pflichtversicherte der Rentenversicherung“ als Versicherte aufgeführt sind.

Die Sozialversicherungsanstalt übernimmt die Beiträge zur Rentenversicherung der natürlichen Personen, die eine Arbeitsunfallrente beziehen, bis sie das Rentenalter erreicht haben oder ihnen eine Vorruhestandsrente bewilligt wird.

Nicht beitragspflichtig zur Invaliditätsversicherung oder Arbeitslosenversicherung sind Versicherte der Rentenversicherung, die eine Altersrente oder vorgezogene Altersrente beziehen, sowie Personen, die mit einem Erwerbsminderungsgrad von mindestens 70% eine Invaliditätsrente beziehen. Auch der Arbeitgeber muss für diese Versicherten der Rentenversicherung, die eine Altersrente oder vorgezogene Altersrente oder bei einem Erwerbsminderungsgrad von mindestens 70% eine Invaliditätsrente beziehen, keine Beiträge an die Invaliditätsversicherung oder Arbeitslosenversicherung entrichten.

Beiträge zur Unfallversicherung sind von den Arbeitgebern zu entrichten.

Beiträge zur Arbeitslosenversicherung sind zu zahlen von:

- Arbeitnehmern
- Arbeitgebern
- freiwillig Versicherten, die arbeitslos sind

Die Beiträge zum Solidaritätsreservefonds werden gezahlt von:

- Arbeitgebern
- rentenpflichtversicherten Selbstständigen
- freiwillig Rentenversicherten
- aus staatlichen Steuermitteln

Rentensparbeträge werden gezahlt von:

- Arbeitgebern für ihre Beschäftigten
- rentenpflichtversicherten Selbstständigen
- freiwillig rentenversicherten Personen

Der Staat übernimmt die Beiträge zum Rentenansparsystem für Personen, für die er auch die Rentenversicherungsbeiträge entrichtet. Die Sozialversicherungsanstalt übernimmt die Beiträge zum Rentenansparsystem der Personen, denen sie eine Invaliditäts- oder Arbeitsunfallrente zahlt, wenn diese natürlichen Personen bereits vor Entstehen ihres Rentenanspruchs dem Rentenansparsystem beigetreten waren.

Kapitel II: Sachleistungen bei Krankheit

Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit

Jede Person mit Wohnsitz in der Slowakischen Republik hat einen Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit. Diese Sachleistungen werden von den bei den Krankenkassen unter Vertrag stehenden Erbringern medizinischer Leistungen erbracht.

Abgedeckte Leistungen

Vom staatlichen Krankenversicherungssystem werden nur Leistungen übernommen, die in den unter Vertrag stehenden Einrichtungen oder von Vertragsärzten erbracht werden.

Die Sachleistungen bei Krankheit werden in einem bargeldlosen System erbracht. Als Beteiligung an den Kosten der medizinischen Betreuung im Rahmen der Sachleistungen (Zuzahlung) übernimmt der Patient:

- € 1,99 für die Erstversorgung in Notfällen
- € 0,17 pro ärztlicher Verordnung
- € 0,07 pro km bei einem Patiententransport

Für den Transport behinderter Patienten, zur Dialyse, zu onkologischen Behandlungen oder Kuren nach Herzchirurgie ist keine Zuzahlung zu leisten. Arzneimittel, medizinische Instrumente und Diätahrung werden je nach Sachlage ganz oder teilweise vom staatlichen Krankenversicherungssystem erstattet.

Bei zahnärztlichen Leistungen besteht freie Wahl unter den Vertragsärzten. Zahnärztliche Leistungen werden gemäß den zwischen den Krankenversicherern und den Leistungserbringern vereinbarten Sätzen erstattet. Die zahnärztliche Untersuchung wird nicht vom Patienten bezahlt. Werden jedoch Materialien verwendet, die über dem verordneten Standard liegen, sind sie in voller Höhe vom Patienten zu bezahlen.

Bezug von Sachleistungen bei Krankheit

Die Bürger können ihren behandelnden Arzt frei wählen, sofern dieser einen Vertrag mit den Krankenkassen hat. Beim ersten Besuch stimmt der Versicherte stillschweigend einer Betreuungsvereinbarung mit seinem behandelnden Arzt zu, die eine Laufzeit von mindestens sechs Monaten hat. Der Patient hat die Möglichkeit direkt einen Facharzt aufzusuchen oder mit einer Überweisung von seinem behandelnden Arzt (eine Überweisung ist jedoch in klar definierten Fällen nicht erforderlich, z.B. bei ambulant psychiatrischer Pflege oder Pflege in einer Poliklinik etc.). Es besteht freie Krankenhauswahl.

Kapitel III: Geldleistungen bei Krankheit

Anspruch auf Geldleistungen bei Krankheit

Arbeitnehmer haben Anspruch auf Geldleistungen bei Krankheit, wenn sie:

- die Voraussetzungen für den Bezug dieser Leistungen bei Krankheit während ihrer Mitgliedschaft in der Krankenversicherung oder nach deren Beendigung während des Zeitraums der Behandlung oder der Aufrechterhaltung der Ansprüche erfüllen;
- keiner bezahlten Arbeit nachgehen, da sie arbeitsunfähig sind, ein Familienmitglied pflegen (gesetzlich definierter Personenkreis), in Vollzeit ein Kind unter zehn Jahren betreuen, in Mutterschaftsurlaub sind oder für ein Pflegekind sorgen.

Selbstständige, die Pflichtmitglieder der Krankenversicherung sind, und freiwillig versicherte natürliche Personen haben Anspruch auf Geldleistungen bei Krankheit, wenn sie:

- die Voraussetzungen für den Bezug dieser Leistungen bei Krankheit während ihrer Mitgliedschaft in der Krankenversicherung oder nach deren Beendigung während des Zeitraums der Behandlung oder der Aufrechterhaltung der Ansprüche erfüllen;
- am letzten Tag des Kalendermonats, in dem der Leistungsanspruch entstand, ihre fälligen Beiträge an die Krankenversicherung für den gesamten Zeitraum zwischen dem Beginn ihrer (obligatorischen oder freiwilligen Mitgliedschaft) und dem letzten Tag des Kalendermonats vor dem Auftreten dieses Leistungsanspruchs gezahlt haben.

Krankengeldleistungen setzen sich folgendermaßen zusammen:

- Krankengeld (*Nemocenské*)
- Lohnfortzahlung (*Náhrada príjmu*)
- Pflegegeld für die Pflege eines kranken Angehörigen (*Ošetrovné*)
- Lohnausgleich bei Schwangerschaft und Mutterschaft (*Vyrovňavacia dávka*);
- Mutterschaftsgeld (*Materské*).

Krankengeld

Ein Arbeitnehmer hat Anspruch auf Krankengeld, wenn er infolge einer Krankheit oder eines Unfalls vorübergehend krankgeschrieben ist oder wenn er unter Quarantäne gestellt wird (die Fälle sind nachstehend zusammengefasst). Der Anspruch von Arbeitnehmern auf Tagegeld:

- entsteht ab dem 11. Tag der vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit;
- erlischt am Tag nach Beendigung der vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit oder am Tag der Bewilligung einer Altersrente, vorgezogenen Altersrente oder Invaliditätsrente, wenn der Grad der Erwerbsminderung mindestens 70% beträgt. Tagegeld kann keinesfalls länger als 52 Wochen ab dem Beginn der vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit bezogen werden.

Selbstständige, die in der Krankenversicherung pflichtversichert sind, sowie freiwillig krankenversicherte Personen haben ebenfalls Anspruch auf Krankengeld, wenn ihre vorübergehende Arbeitsunfähigkeit anerkannt wurde und sie in den letzten zwei Jahren vor dieser Arbeitsunfähigkeit mindestens 270 Tage lang freiwillig krankenversichert waren. Der Anspruch auf Krankengeld für diese Personen (pflichtversicherte Selbstständige und freiwillig Versicherte):

- entsteht am ersten Tag der vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit
- erlischt am Tag nach Beendigung der vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit oder am Tag der Bewilligung einer Altersrente, vorgezogene Altersrente oder Invaliditätsrente, wenn der Grad der Erwerbsminderung mindestens 70% beträgt. Tagegeld kann keinesfalls länger als 52 Wochen ab dem Beginn der vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit bezogen werden.

Lohnfortzahlung

Diese Zahlungen (im Folgenden als „Lohnausgleich“ bezeichnet) werden vom Arbeitgeber während der ersten 10 Kalendertage der Krankheit des Arbeitnehmers finanziert. Jeder Arbeitnehmer hat Anspruch auf Lohnausgleich, wenn seine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit anerkannt wurde oder wenn er infolge einer Krankheit oder eines Unfalls unter Quarantäne gestellt wurde und die weiteren, eventuell gesetzlich vorgeschriebenen Voraussetzungen erfüllt.

Pflegegeld für die Pflege eines kranken Angehörigen

Für die Pflege von kranken Angehörigen müssen seitens des Versicherten (Arbeitnehmer, selbstständig oder freiwillig versichert) folgende Voraussetzungen erfüllt sein, um Betreuungsgeld zu erhalten:

- Sie betreuen ihren Ehepartner, ein Kind, einen direkten Verwandten in aufsteigender Linie oder einen direkten Verwandten des Ehepartners in aufsteigender Linie, dessen Gesundheitszustand ständig der Pflege eines Dritten bedarf. Diese Tatsache muss durch ein ärztliches Attest bescheinigt werden oder
- Sie müssen ein Kind unter zehn Jahren in einem der folgenden Fälle betreuen:
 - das Kind wurde unter Quarantäne gestellt
 - die vom Kind besuchte Sozial-, Schul- oder Vorschuleinrichtung wurde geschlossen oder von den zuständigen Behörden unter Quarantäne gestellt
 - die natürliche Person, die normalerweise das Kind betreut, ist erkrankt, musste unter Quarantäne gestellt werden oder wurde in einer Entbindungseinrichtung aufgenommen und kann deswegen ihrer Aufgabe nicht mehr nachkommen

Abgedeckte Leistungen

Krankengeld

Arbeitnehmer erhalten Krankengeld für jeden Kalendertag. Die Höhe des Krankengelds für jeden Kalendertag entspricht 55% ihres täglichen Grundlohns. Pflichtversicherte Selbstständige und freiwillig Versicherte erhalten Krankengeld für jeden Kalendertag. Die Höhe dieses Tagegelds entspricht:

- 25% der täglichen Bemessungsgrundlage (mit einer monatlichen Grenze entsprechend des 1,5-fachen des nationalen Durchschnittslohns) während der ersten drei Tage (nur Selbstständige)
- danach 55% der täglichen Bemessungsgrundlage (mit einer monatlichen Grenze entsprechend des 1,5-fachen des nationalen Durchschnittslohns) (sowohl Arbeitnehmer als auch Selbstständige)

Krankengeld kann nicht gleichzeitig mit Mutterschaftsgeld bezogen werden. Die Höchstdauer der Leistung ist 52 Wochen.

Lohnfortzahlung

Die Höhe des Lohnausgleichs (nur für Arbeitnehmer) wird anhand eines Referenzzeitraums und der täglichen Bemessungsgrundlage berechnet. Die Höhe des Lohnausgleichs beträgt:

- 25% der täglichen Bemessungsgrundlage (mit einer monatlichen Grenze entsprechend des 1,5-fachen des nationalen Durchschnittslohns) während der ersten drei Tage der vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit,
- danach 55% der täglichen Bemessungsgrundlage (mit einer monatlichen Grenze entsprechend des 1,5-fachen des nationalen Durchschnittslohns).

Der Lohnausgleich kann einen höheren Prozentsatz des Grundlohns ausmachen, wenn dies durch Tarifverträge vorgeschrieben ist, die gemäß den geltenden Rechtsvorschriften abgeschlossen wurden. Dieser Satz darf aber nicht höher als 80% sein.

Pflegegeld für die Pflege eines kranken Angehörigen

Das Betreuungsgeld wird für jeden Kalendertag ab dem ersten Tag gezahlt oder sobald die Betreuung eines Kindes unter zehn Jahren erforderlich wird. Es entspricht 55% der täglichen Bemessungsgrundlage (mit einer monatlichen Grenze entsprechend des 1,5-fachen des nationalen Durchschnittslohns). Der Anspruch von Versicherten auf Betreuungsgeld entsteht ab dem ersten Tag, an dem eine natürliche Person gepflegt werden muss, und endet an dem Tag, an dem diese Notwendigkeit nicht mehr besteht. Das Betreuungsgeld ist auf 10 Tage begrenzt. Das Sozialversicherungsgesetz schreibt vor, dass das Betreuungsgeld für jeden Fall, in dem ein Verwandter gepflegt oder ein Kind unter zehn Jahren betreut werden muss, nur einmalig an einen Anspruchsberechtigten ausgezahlt wird.

Ein Versicherter darf kein Betreuungsgeld für die Tage beziehen, für die er eine der folgenden Leistungen erhält:

- Lohnfortzahlung
- Krankengeld
- Mutterschaftsgeld

Bezug von Geldleistungen bei Krankheit

Die Arbeitsunfähigkeit muss ab dem ersten Tag der Krankheit durch den Hausarzt bescheinigt werden. Eine Überprüfung alle vier Wochen ist möglich. Übergangszahlungen erfolgen durch die Sozialversicherungsanstalt. Der Arbeitgeber muss seinen Angestellten den Lohnausgleich innerhalb der für die Zahlung von

Löhnen, Honoraren, Zulagen, Umlagen oder jeder anderen Form der Vergütung vorgesehenen Fristen und spätestens am letzten Tag des Kalendermonats nach dem Monat, für den er gezahlt wird, entrichten. Jeder Rechtsstreit zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber bezüglich des Lohnausgleichs wird den zuständigen Gerichten vorgetragen.

Kapitel IV: Leistungen bei Mutterschaft und Vaterschaft

Anspruch auf Leistungen bei Mutterschaft oder Vaterschaft

Mutterschaftsgeld

Jede Versicherte, die schwanger ist oder ein neugeborenes Kind betreut, sowie jede Person, der das Sorgerecht für das Kind zuerkannt wurde (z. B. der Kindesvater) hat Anspruch auf Mutterschaftsbeihilfe, wenn sie in den letzten zwei Jahren vor der Entbindung oder der Betreuung des Kindes mindestens 270 Tage krankenversichert war. Zu diesem Personenkreis zählen Arbeitnehmer, Selbstständige oder freiwillig Versicherte. Anspruch besteht während des Krankenversicherungsschutzes oder während der Schutzfrist nach Auslaufen des Versicherungszeitraums (grundsätzlich 7 Tage, oder acht Monate während der Schwangerschaft).

Lohnausgleich bei Schwangerschaft und Mutterschaft

Das Sozialversicherungsgesetz bewilligt nur beschäftigten Frauen eine Ausgleichszahlung. Selbstständige oder freiwillig versicherte Frauen haben keinen Anspruch auf Ausgleichszahlung, da eine Umstufung auf einen anderen Arbeitsplatz außerhalb der Arbeitsgesetzgebung in den Unternehmen keinen Sinn ergibt.

Eine Arbeitnehmerin darf die Ausgleichszahlung beantragen, wenn sie während ihrer Schwangerschaft oder in den ersten neun Monaten ihrer Mutterschaft auf einen niedriger vergüteten Arbeitsplatz im Unternehmen versetzt wurde, weil:

- ihr normaler Arbeitsplatz nach den geltenden Verordnungen oder Gesetzen verboten ist, oder
- ihr Arbeitsplatz für potenziell gefährlich für ihre Gesundheit oder die Gesundheit des Kindes erklärt wurde, und
- das Einkommen der neuen Beschäftigung weniger als die vorige Position beträgt.

Abgedeckte Leistungen

Mutterschaftsgeld

Die Versicherten haben Anspruch auf Mutterschaftsbeihilfe ab Anfang der sechsten Woche vor dem vom Arzt errechneten Entbindungstermin. Dieser Zeitraum kann bis zum Anfang der achten Woche verlängert werden bzw. beginnt mit dem Tag der vorzeitigen Entbindung. Der Anspruch entsteht mit dem Tag der Geburt des Kindes. Der Anspruch auf Mutterschaftsbeihilfe erlischt grundsätzlich nach 34 Wochen.

Eine Mutter, die ihre Kinder allein erzieht, kann das Mutterschaftsgeld bis zum Ende der 37. Woche ab dem Entstehen der Ansprüche erhalten. Eine Mutter, die gleichzeitig zwei oder mehr Kindern entbunden hat, kann das Mutterschaftsgeld bis zum Ende der 43. Woche ab dem Entstehen der Ansprüche erhalten.

Die Dauer der Ansprüche einer Versicherten, die entbunden hat, auf Mutterschaftsbeihilfe darf nicht kürzer als 14 Wochen ab dem Entstehen dieser Ansprüche sein und nicht vor Ablauf der sechsten Woche nach der Entbindung enden. Diese beiden Voraussetzungen müssen gleichzeitig erfüllt werden.

Eine versicherte Person, die die Betreuung eines Kindes unter Vormundschaft übernommen hat, hat Anspruch auf Mutterschaftsbeihilfe für einen Zeitraum von 28 Wochen (bzw. 31 Wochen, oder 37 Wochen) ab der Übertragung der Betreuung des Kindes, solange dieses noch nicht acht Monate alt ist.

Diese Leistung wird pro Kalendertag gezahlt und entspricht 65% der täglichen Bemessungsgrundlage (mit einer monatlichen Grenze entsprechend des 1,5-fachen des nationalen Durchschnittslohns).

Die tägliche Bemessungsgrundlage wird als Quotient aus der Gesamtsumme der Bemessungsgrundlagen (Einkommen) für die Krankengeldversicherungsbeiträge während des Bezugszeitraums und der Anzahl der Tage des Bezugszeitraums berechnet.

Dieser Bezugszeitraum ist für die drei Gruppen von Sozialversicherten identisch und entspricht grundsätzlich dem Kalenderjahr vor demjenigen, in dem das Kind geboren oder in die Familie aufgenommen wurde.

Lohnausgleich bei Schwangerschaft und Mutterschaft

Die Ausgleichszahlung für Schwangerschaft und Mutterschaft wird für jeden Kalendermonat einschließlich der Monate gezahlt, in denen die Versetzung begann und endete, wenn diese Wechsel im Monatsverlauf erfolgten. In der Schwangerschaft wird die Ausgleichszahlung am Tag des Beginns des Mutterschaftsurlaubs ausgesetzt und beginnt erneut nach dessen Beendigung. Die Ausgleichszahlung darf keinesfalls länger als neun Monate nach der Entbindung geleistet werden. Die Ausgleichszahlung entspricht 55% des Differenzbetrags zwischen dem Monatslohn (das 30,4167-fache der täglichen Bemessungsgrundlage), der als Grundlage für die Berechnung der Beiträge zur Krankengeldversicherung vor der Versetzung an einen anderen Arbeitsplatz diente, und dem Lohn, der nach der Versetzung als Bemessungsgrundlage dieser Beiträge herangezogen wird.

Geburtsbeihilfe

Das System der sozialen Sicherheit in der Slowakischen Republik sieht ein Entbindungsgeld (*Príspevok pri narodení dieťaťa*) vor. Sie wird als einmaliger Pauschalbetrag gezahlt, der zur Deckung der Kosten für die wesentlichen Bedürfnisse des Neugeborenen beiträgt. Der Beihilfeantrag ist innerhalb von sechs Monaten nach der Geburt einzureichen.

Der Staat gewährt seit 2007 einen Zusatzbetrag zur Geburtsbeihilfe, um zur Deckung der höheren Kosten für die wesentlichen Bedürfnisse eines ersten, zweiten oder dritten Kindes beizutragen, das mindestens 28 Tage alt sein muss.

Bei der Geburt von Drillings- oder mehr Kindern oder der Geburt von zwei Zwillingspärchen innerhalb von zwei Jahren haben die Eltern die Möglichkeit, eine jährliche Sonderbeihilfe für Eltern (oder Personen, denen die Kinder an Stelle der Eltern anvertraut wurden) zu beantragen, um einen Teil der hohen Kosten durch derartige Mehrfachgeburten zu decken.

Im Rahmen der Familienleistungen sind ferner regelmäßige Leistungen für Pflegekinder geplant. Mit diesen Leistungen soll zur Deckung der Bedürfnisse von Kindern in einem Pflegeverhältnis beigetragen werden.

Bezug von Leistungen bei Mutterschaft oder Vaterschaft

Alle Einwohner erhalten Sachleistungen des Gesundheitswesens in Form von medizinischer oder zahnärztlicher Betreuung.

Sind die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt, können die vorstehend genannten Geldleistungen der Sozialversicherungsanstalt (z. B. Mutterschaftsgeld und Lohnausgleich) von Arbeitnehmern, Selbstständigen und freiwillig Versicherten über das Sozialversicherungssystem in Anspruch genommen werden.

Kapitel V: Leistungen bei Invalidität

Anspruch auf Leistungen bei Invalidität

Nach dem Gesetz gilt jede natürliche Person, deren Gesundheitszustand über einen langen Zeitraum hinweg so schlecht ist, dass sie einen ständigen Erwerbsminderungsgrad von mindestens 41% hat, als invalide. Bei Vollinvalidität liegt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von mehr als 70% im Verhältnis zu einem Gesunden vor.

Leidet ein Versicherter unter mehreren Krankheiten, die eine Minderung seiner Arbeitsfähigkeit bewirken, werden die entsprechenden Prozentsätze nicht zusammengezählt: Für die Berechnung des Grads der Erwerbsminderung wird nur die Erkrankung herangezogen, die unmittelbare Ursache des anhaltend schlechten Gesundheitszustands ist. Die anderen für eine Minderung der Erwerbsfähigkeit verantwortlichen Erkrankungen können mit einem Aufschlag von höchstens 10% auf den ermittelten Erwerbsminderungsgrad berücksichtigt werden.

Um Anspruch auf Leistungen bei Invalidität zu haben, muss der Versicherte für invalide erklärt sein, eine ausreichende Anzahl an Jahresbeiträgen zur Altersrentenversicherung aufweisen und darf an dem Tag, an dem die Invalidität eintritt, weder das Rentenalter erreicht haben noch eine vorgezogene Altersrente beziehen.

Die Mindestversicherungsdauer richtet sich nach dem Lebensalter und kann zwischen unter einem Jahr (für Personen unter 20 Jahren) bis zu 15 Jahren für Personen über 45 Jahre liegen. Bei [Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten](#) oder für Personen, die von Kindheit an behindert sind, ist keine Mindestdauer der Mitgliedschaft erforderlich.

Es besteht kein Anspruch, wenn die Invalidität die Folge einer bewussten rechtswidrigen Handlung des Versicherten ist. Ist die Krankheit eine Folge von Alkohol- oder Drogenkonsum, wird nur die Hälfte der Leistung gezahlt.

Abgedeckte Leistungen

Die Berechnung der Invaliditätsrente erfolgt grundsätzlich in gleicher Weise wie bei der [Altersrente](#). Liegt aber der Erwerbsminderungsgrad eines Versicherten in der Spanne zwischen 41 und 70%, verhält sich die Invaliditätsrente proportional zum Erwerbsminderungsgrad.

Von staatlicher Seite wird ebenfalls medizinische Rehabilitation und Umschulung angeboten, darunter:

- spezielle Kuraufenthalte (in Heilbädern), einfache Kuraufenthalte, genehmigte Spezialkuren, zwangsweise Rehabilitation auf Anordnung des Arztes;
- staatlicher Zuschuss für Arbeitgeber um beschützende Werkstätten zu schaffen, zu renovieren und das materialtechnische Vermögen aufzuwerten, Arbeitsstellen für Arbeitnehmer mit Behinderungen zu erhalten, die Betriebs- und Transportkosten zu übernehmen, Berufsausbildungen sowie die berufliche Vorbereitung von Arbeitnehmern mit Behinderungen zu zahlen;

- staatlicher Zuschuss für Menschen mit Behinderungen, die selbstständig tätig sind: Existenzgründungsbeihilfe, staatlicher Zuschuss für den Betrieb, die Renovierung oder die materialtechnische Aufwertung des Vermögens einer beschützenden Werkstätte, Zuschüsse für Betriebs- und Transportkosten, Zuschuss zur Arbeitsunterstützung;
- staatlicher Zuschuss für Menschen mit Behinderungen, die einen Arbeitsplatz suchen: Leistungen zur Deckung der Kosten für Verpflegung, Unterkunft und Beförderung während der Berufsausbildung und der beruflichen Vorbereitung;
- Berufsberatung und Arbeitsvermittlung.

Bezug von Leistungen bei Invalidität

Anträge auf Invaliditätsrente müssen bei der örtlichen Zweigstelle der Sozialversicherungsanstalt eingereicht werden.

Kapitel VI: Renten und Leistungen im Alter

Anspruch auf Altersrente

Sozialversicherungsrente

Versicherte haben Anspruch auf eine Altersrente im Rahmen des Sozialversicherungssystems, wenn sie mindestens 15 Versicherungsjahre zurückgelegt und das Rentenalter erreicht haben. Seit dem 1. Januar 2004 liegt das Rentenalter für Männer und Frauen bei 62 Jahren. Dieses allgemeine Rentenalter gilt seit dem Inkrafttreten des Sozialversicherungsgesetzes nicht in vollem Umfang, sondern wird schrittweise über einen Zeitraum von zehn Jahren (2004 bis 2014) eingeführt. Von 2017 an wird die gesetzliche Altersgrenze schrittweise angehoben abhängig von der Zunahme der Lebenserwartung.

Rentenansparsystem

Die Versicherten können eine Altersrente aus dem Rentenansparsystem in Form eines Rentenkapitals mit lebenslanger Rentenzahlung oder nur einer lebenslangen Rente beanspruchen, wenn sie mindestens das Rentenalter erreicht sowie mindestens 10 Jahre Beiträge zum Rentenansparen gezahlt haben.

Beitragsdauer

Als Rentenversicherungszeiten werden unterschiedslos berücksichtigt:

Berücksichtigt werden ferner Zeiten einer Befreiung von der Beitragszahlung zur Rentenversicherung aus Gründen, die nach der Sozialgesetzgebung zulässig sind (wie vorübergehende Arbeitsunfähigkeit, Mutterschaftsurlaub, die ersten zehn Tage Pflege eines Familienmitglieds usw.).

Bei Selbstständigen, die Pflichtmitglieder in der Rentenversicherung sind, und natürlichen Personen, die freiwillige Mitglieder der Rentenversicherung sind, können bei der Berechnung der Leistungsansprüche nur die Zeiten Berücksichtigung finden, in denen tatsächlich Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt wurden.

Der bei der Berechnung der Leistungsansprüche berücksichtigte Zeitraum des Rentenansparens beginnt am Tag des Beitritts zu diesem System und ist dann identisch mit dem Zeitraum, der für die Rentenversicherung berücksichtigt wird.

Nachträglicher Kauf von Mitgliedszeiten in der Rentenversicherung und beim Rentenansparen

Das Sozialversicherungsgesetz bietet die Möglichkeit, im Nachhinein Mitgliedszeiten in der Altersversicherung für die Zeiträume zu erwerben, in denen über 16 Jahre alte Versicherte Schüler an einer weiterführenden Schule oder Studierende an einer Hochschule oder als Arbeitssuchende gemeldet waren. Die entsprechenden Zeiten müssen aber nach dem 31. Dezember 2003 liegen. Der Kauf von Mitgliedszeiten ist nicht befristet. Beim Kauf von Mitgliedszeiten wählen die Versicherten selbst den Betrag der Grundentgelte für die Beitragsbemessung im Rahmen der zum Zeitpunkt des Kaufs geltenden Referenzeinkünfte.

Das Sozialversicherungsgesetz erlaubt auch den nachträglichen Kauf von Mitgliedszeiten für die Zeiten, in denen das Gesetz den Versicherten keine Pflichtmitgliedschaft vorschrieb. Nach demselben Grundsatz haben die Versicherten die Möglichkeit, in denselben Fällen wie bei der Rentenversicherung Beitragszeiten zum Rentenansparen zu kaufen.

Vorruhestandleistungen

Im Rahmen der Sozialversicherung ist die Zahlung von Vorruhestandsleistungen in Form einer vorgezogenen Altersrente (*Predcasný starobný dôchodok*) in folgenden Fällen möglich:

- mindestens 15 Jahre Mitgliedschaft in der Rentenversicherung;
- die vorgezogene Altersrente, auf die der Versicherte am Tag seiner Antragstellung Anspruch hat, ist um das 1,2-fache höher als das geltende gesetzliche Existenzminimum für eine volljährige natürliche Person;
- es verbleiben mindestens zwei Jahre bis zum Rentenalter;
- der Antragsteller ist nicht arbeitstätig (z.B. ohne beitragspflichtiges Einkommen);
- der Antragsteller im Rentenansparsystem kann einen minimalen Einzahlungszeitraum von 5 Jahren nachweisen.

Der Anspruch auf vorgezogene Altersrente beginnt am Tag der Einreichung des diesbezüglichen Antrags. Jeder Versicherte darf höchstens zwei derartige Anträge pro Kalenderjahr einreichen. Versicherte, denen eine vorgezogene Altersrente bewilligt wurde, dürfen keine Altersrente beziehen. Bei Erreichen des Rentenalters wird ihre vorgezogene Altersrente einer Altersrente gleichgestellt.

Das Altersrentenansparsystem gibt den Versicherten die Möglichkeit, entweder ein Rentenskapital mit lebenslanger Rente oder als nur lebenslange Rente zu beziehen, wenn:

- das Sozialversicherungssystem ihnen die Möglichkeit einer vorgezogenen Altersrente einräumt;
- der aktuelle Stand des Rentenansparkontos des Versicherten am Tag seines Antrags auf Bewilligung der Vorruhestandsrente es ihm ermöglicht, eine lebenslange Rente von mindestens dem 0,6-fachen des geltenden gesetzlichen Existenzminimums für eine volljährige natürliche Person zu beziehen;
- es verbleiben mindestens zwei Jahre bis zum Rentenalter, und
- der Antragsteller ist nicht arbeitstätig (z.B. ohne beitragspflichtiges Einkommen).

Umgekehrt verbietet die Nichterfüllung dieser Bedingung (das 0,6-fache des geltenden gesetzlichen Existenzminimums für eine volljährige natürliche Person) nicht nur die Auszahlung einer vorgezogenen Altersrente aus dem Rentenansparsystem, sondern auch den Bezug einer vorgezogenen Altersrente aus dem Sozialversicherungssystem. Versicherte, die die geforderten Voraussetzungen erfüllen, erhalten gleichzeitig eine vorgezogene Altersrente sowohl aus dem Sozialversicherungssystem als auch aus dem Altersrentenansparsystem.

Abgedeckte Leistungen

Sozialversicherungsrente

Die Berechnung der Altersrente aus der ersten Säule der Rentenversicherung erfolgt nach einer im Sozialversicherungsgesetz festgelegten Formel.

Das Finanzierungssystem (Umlagesystem) basiert auf der Anzahl der Beitragsjahre, und der dem Versicherten bewilligte Rentenbetrag hängt von den Einkünften ab, die zur Beitragsberechnung herangezogen wurden.

Das Sozialversicherungsgesetz gestattet den Beziehern einer Altersrente – oder genauer gesagt, verbietet ihnen nicht – die Ausübung einer bezahlten Arbeit oder Erwerbstätigkeit. Erfüllen Versicherte alle Voraussetzungen, um eine Altersrente beziehen zu können, zögern das Datum des Renteneintritts jedoch hinaus, um weiterhin ihrer Tätigkeit nachzugehen, und zahlen sie deswegen Beiträge zur Rentenversicherung, werden Dauer und Höhe dieser zusätzlichen Beiträge bei der Berechnung ihrer künftigen Rente berücksichtigt. Erfüllen Versicherte alle Voraussetzungen, um eine Altersrente zu beziehen, und gehen sie während des Bezugs dieser Rente noch einer bezahlten Arbeit oder Erwerbstätigkeit nach und zahlen sie eventuell freiwillig Beiträge zur Rentenversicherung, wird der ausgezahlte Rentenbetrag je nach Dauer und Höhe der zusätzlich entrichteten Beiträge, allerdings nur zu 50%, angepasst.

Es gibt keine gesetzliche Mindestrente und auch keine Höchstrente.

Rentenansparsystem

Rentenleistungen können optional als Rentenkapital mit lebenslanger Rente oder nur als lebenslange Rente ausgezahlt werden.

Im Rahmen der ersten Option erhalten die Versicherten, die ihre Rentenansprüche angemeldet haben, einen Teil ihres Rentenansparkontos in Monatsbeträgen über einen festgelegten Zeitraum hinweg, während der Restbetrag in eine lebenslange, von einer Versicherungsgesellschaft gezahlte Rente umgewandelt wird.

Die lebenslange Rente wird unter denselben Bedingungen wie bei der Option der alleinigen Rentenzahlung ausgezahlt. Diese Option kann jedoch nur dann gewählt werden, wenn das von der Rentenansparverwaltungsgesellschaft übertragene Vermögen für die Zahlung einer lebenslangen Rente von mehr als 60% des geltenden gesetzlichen Existenzminimums für eine volljährige natürliche Person ausreicht.

Die Rentenansparverwaltungsgesellschaft überweist ihrerseits den Versicherten für einen festgelegten Zeitraum Monatsbeiträge entsprechend dem verfügbaren Überschuss des Rentenkapitals, nachdem die Mittel für den Rückkauf der lebenslangen Rente überwiesen wurden. Der Versicherte wählt bei der Antragstellung den Zeitraum der Rentenkapitalzahlung, dieser darf jedoch nicht kürzer als ein Monat sein. Der aus dem Rentenkapital ausgezahlte monatliche Betrag wird von der Rentenansparverwaltungsgesellschaft als Verhältnis zwischen dem Überschuss, der am Tag der Abrechnung der Rentenansprüche zur Verfügung steht, und der festgelegten Anzahl an Monaten berechnet.

Bei Wahl der zweiten Option werden alle Guthaben auf dem Rentenansparkonto des Versicherten, der seine Rentenansprüche geltend macht, in eine lebenslange Rente umgewandelt, die über die von ihm gewählte Versicherungsgesellschaft ausgezahlt wird. Die Rentenansparverwaltungsgesellschaft des Versicherten überweist der gewählten Rentenversicherungsgesellschaft die für den Rückkauf einer lebenslangen Rente bei ihr erforderlichen Mittel (in Barmitteln oder in einer anderen Vermögensform). Nach Eingang der Mittel muss die Rentenversicherungsgesellschaft mit dem Anspruchsberechtigten einen Vertrag über die Auszahlung der lebenslangen Rente schließen.

Die lebenslangen Altersrenten aus dem Rentenansparsystem werden von der Versicherungsgesellschaft des Versicherten ausgezahlt; ihre Höhe wird nach in der Sozialgesetzgebung festgelegten mathematischen Formeln berechnet. Die von den Versicherten bezogene Altersrente darf auf keinen Fall geringer als die Mindestrente sein, die mit Hilfe der gemäß Anhang 1 des geänderten Gesetzes Nr. 43/2004 über das Rentenansparen, das andere Gesetze ändert und ergänzt, angegebenen Einkünfte berechnet wird. Die Höhe der monatlich von den Rentenansparverwaltungsgesellschaften gezahlten Beträge bei Optionen mit Rentenkapital hängt von dem Überschuss ab, der verfügbar ist, nachdem die zum Rückkauf der lebenslangen Rente erforderlichen Mittel an die gewählte Versicherungsgesellschaft übertragen wurden.

Es gibt keine gesetzliche Mindestrente und auch keine Höchstrente.

Vorruhestandleistungen

Die monatliche vorgezogene Altersrente aus der Sozialversicherung wird wie die Altersrente berechnet, allerdings wird das so ermittelte Ergebnis um 0,5% für jeden fehlenden Monat oder Teil eines Monats verringert, der zwischen dem Datum des Antrags auf Vorruhestandsrente und dem Datum liegt, an dem der Antragsteller das Rentenalter erreicht.

Die von den Versicherten bezogene vorgezogene Altersrente darf auf keinen Fall geringer als die Mindestrente sein, die mit Hilfe der gemäß Anhang 1 des geänderten Gesetzes Nr. 43/2004 über das Rentensparen, das andere Gesetze ändert und ergänzt, angegebenen Einkünfte berechnet wird. Die Höhe der monatlich von den Rentenansparverwaltungsgesellschaften gezahlten Beträge bei Optionen mit Rentenkapital hängt von dem Überschuss ab, der verfügbar ist, nachdem die zum Rückkauf der lebenslangen Rente erforderlichen Mittel an die gewählte Versicherungsgesellschaft übertragen wurden.

Bezug von Altersrenten

Einreichung des Antrags

Anträge auf Altersrente müssen mit allen erforderlichen Nachweisen für die Prüfung der Ansprüche des Antragstellers schriftlich bei der örtlichen Geschäftsstelle der Sozialversicherungsanstalt eingereicht werden. Wird zum gleichen Zeitpunkt eine Rente aus dem Rentenansparsystem beantragt, sind die entsprechenden Unterlagen bei der Rentenansparverwaltungsgesellschaft einzureichen, bei der die versicherte Person Mitglied ist.

Antrag auf vorgezogene Altersrente

Anträge für eine vorgezogene Altersrente müssen mit allen erforderlichen Nachweisen für die Prüfung der Ansprüche des Antragstellers schriftlich bei der örtlichen Geschäftsstelle der Sozialversicherungsanstalt eingereicht werden. Wird gleichzeitig ein Antrag auf vorgezogene Altersrente aus dem Rentenansparsystem gestellt, so muss dieser bei der Rentenanspargesellschaft des Versicherten eingereicht werden.

Kapitel VII: Hinterbliebenenleistungen

Anspruch auf Hinterbliebenenleistungen

Verwitwetenrente

Voraussetzungen für den Bezug einer Verwitwetenrente aus der Sozialversicherung:
an seinem Todestag erhielt der verstorbene Ehegatte:

Altersrente,

Eine vorgezogene Altersrente oder

Invalidenrente oder

der verstorbene Ehegatte erfüllte an seinem Todestag die Voraussetzungen für den
Bezug einer Invaliditätsrente oder Altersrente,
der Ehegatte verstarb infolge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit.

Das Wiederaufleben des Anspruchs auf Verwitwetenrente ist nicht befristet. Dies
bedeutet, dass der überlebende Ehegatte, sobald er eine der gesetzlich festgelegten
Voraussetzungen erfüllt, unabhängig von der nach dem Tod verstrichenen Zeit erneut
Anspruch auf Verwitwetenrente hat.

Der Anspruch auf Verwitwetenrente erlischt bei einer erneuten Eheschließung oder
einem Gerichtsurteil, in dem der hinterbliebene Ehegatte der Ermordung des
Verstorbenen schuldig erklärt wird.

Der überlebende Ehegatte kann die Zahlung einer Verwitwetenrente aus dem
Rentenansparsystem beantragen, wenn der Verstorbene an seinem Todestag eine
Alters- oder Vorruhestandsrente aus diesem System bezog.

Waisenrente

Ein unterhaltsberechtigtes Kind (bis zum 26. Lebensjahr) hat Anspruch auf eine
Waisenrente, wenn der verstorbene Elternteil an seinem Todestag entweder eine
Altersrente, Vorruhestandsrente bzw. eine Invaliditätsrente bezog oder wenn der
verstorbene Elternteil an seinem Todestag die erforderliche Mitgliedschaftsdauer in der
Rentenversicherung erreicht hatte, um eine Altersrente beziehen zu können, oder
infolge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit verstorben ist. Der Anspruch
auf Waisenrente erlischt, wenn das betreffende Kind seinen Bildungsweg
(Grundausbildung, weiterführender oder universitärer Bildungsweg) abgeschlossen hat
oder adoptiert wird. Wird diese Adoption rückgängig gemacht, lebt dieser Anspruch
wieder auf. Der Anspruch auf Waisenrente erlischt im Fall eines Gerichtsurteils, in dem
das verwaiste Kind der Ermordung des verstorbenen Elternteils schuldig erklärt wird.
Das Gesetz macht keinen Unterschied zwischen Kindern, die einen oder beide
Elternteile verloren haben. Allerdings bewilligen die geltenden Rechtstexte den Kindern
eine Waisenrente von 40% der Rente jedes verstorbenen Elternteils.

Das hinterbliebene unterhaltsberechtigtes Kind (bis zum 26. Lebensjahr) des
Verstorbenen kann eine Waisenrente aus dem **Rentenansparsystem beantragen**,
wenn der verstorbene Elternteil an seinem Todestag eine Alters- oder
Vorruhestandsrente aus diesem System bezog. Diese Ansprüche werden ausgesetzt,
wenn das betreffende Kind von einem Dritten adoptiert wird, und können nicht wieder
aufleben.

Abgedeckte Leistungen

Grundsätzlich darf die Summe der Hinterbliebenenrenten nach einem Todesfall (Verwitwenrente, Waisenrente) nicht den Betrag der Rente des Verstorbenen zu seinen Lebzeiten überschreiten. Übersteigt der Gesamtbetrag der nach den amtlichen Sätzen berechneten Hinterbliebenenrenten (60% für den hinterbliebenen Ehegatten, 40% für jedes unterhaltsberechtigten Kind) diesen Betrag, werden die ausgezahlten Summen proportional gekürzt.

Verwitwenrente

Die Verwitwenrente beträgt 60% der Rente der verstorbenen Person. Die Verwitwenrente wird ab dem Todestag ein Jahr lang gezahlt. Um sie über diesen Zeitraum hinaus beanspruchen zu können, muss der überlebende Ehegatte eine der folgenden Voraussetzungen erfüllen:

- er muss ein unterhaltsberechtigtes Kind betreuen, das eine Waisenrente nach demselben Todesfall bezieht oder in der Familie des Verstorbenen aufgezogen wurde (eigenes Kind oder Adoptivkind des hinterbliebenen Ehegatten oder ein Kind, das per Gerichtsbeschluss einem der Ehegatten während der Zeit ihrer Ehe zur Betreuung anvertraut worden war)
- er ist invalide mit einem Erwerbsminderungsgrad von mindestens 70%
- er hat das gesetzliche Rentenalter erreicht.
- er muss mindestens drei Kinder aufgezogen haben
- er muss zwei Kinder aufgezogen haben und mindestens 52 Jahre alt sein

Die Hinterbliebenenrente des Ehegatten aus dem Rentenansparsystem wird nach den gleichen Modalitäten wie die ursprüngliche Rente des Verstorbenen ausgezahlt. Hatte der verstorbene Versicherte seine Renten- oder vorgezogenen Rentenansprüche mit der Option einer lebenslangen Rente allein geltend gemacht, wandelt die Versicherungsgesellschaft, die ihm seine lebenslange Alters- oder Vorruhestandsrente gezahlt hatte, diese in eine Verwitwenrente in Höhe von 60% der Bezüge des Verstorbenen zum Zeitpunkt seines Todes um.

Hatte der verstorbene Versicherte seine Renten- oder Vorruhestandsrentenansprüche mit der Option des Rentenkapitals geltend gemacht, zahlt die Rentenspargesellschaft den Hinterbliebenen weiterhin die monatlichen Beiträge aus dem Überschuss in derselben Höhe und für denselben Zeitraum wie vor dem Todesfall. Gleichzeitig wandelt die Versicherungsgesellschaft, die dem Verstorbenen seine Alters- oder vorgezogene Rente ausgezahlt hat, diese in eine Verwitwenrente in Höhe von 60% des Betrags um, den der Verstorbene zum Zeitpunkt seines Todes erhielt.

Auch in diesem Fall darf die Summe der nach einem Todesfall ausgezahlten Hinterbliebenenrenten (Witwenrente, Witwerrente, Waisenrente) nicht den Betrag der Alters- oder Vorruhestandsrente des Verstorbenen zu dessen Lebzeiten überschreiten. Ferner werden die als Rentenkapital von der Rentenspargesellschaft ausgezahlten Monatsbeträge zu gleichen Teilen zwischen dem überlebenden Ehegatten und jedem der unterhaltsberechtigten Kinder des Verstorbenen so aufgeteilt, dass der Gesamtbetrag 100% der dem Verstorbenen ausgezahlten monatlichen Beträge entspricht.

Waisenrente

Die Höhe der Waisenrente beträgt 40% der Alters- oder Invalidenrente, auf die der verstorbene Elternteil zum Zeitpunkt seines Todes Anspruch hatte oder gehabt hätte.

Die Waisenrente aus dem Rentenansparsystem wird nach den gleichen Modalitäten wie die ursprüngliche Rente des Verstorbenen ausgezahlt. Hatte der verstorbene Elternteil seine Renten- oder Vorruhestandsrentenansprüche mit der Option einer lebenslangen Rente allein geltend gemacht, wandelt die Versicherungsgesellschaft, die ihm seine lebenslange Alters- oder Vorruhestandsrente gezahlt hatte, diese in eine Waisenrente in Höhe von 40 % der Bezüge des Verstorbenen zum Zeitpunkt seines Todes um.

Hatte der verstorbene Versicherte seine Renten- oder Vorruhestandsrentenansprüche mit der Option des Rentenkapitals geltend gemacht, zahlt die Rentenanspargesellschaft den Hinterbliebenen weiterhin die monatlichen Beiträge aus dem Überschuss in derselben Höhe und für denselben Zeitraum wie vor dem Todesfall. Gleichzeitig wandelt die Versicherungsgesellschaft, die dem Verstorbenen seine Alters- oder Vorruhestandsrente ausgezahlt hat, diese in eine Waisenrente in Höhe von 40% des Betrags um, den der verstorbene Elternteil zum Zeitpunkt seines Todes erhielt. Die Kumulierungsregel für Hinterbliebenenrenten aus dem Kapitel über die Verwitwetenrenten gilt auch in diesem Fall.

Zuschuss zu den Bestattungskosten

Das Sozialrecht der Slowakischen Republik gewährt ferner ein Sterbegeld (Príspevok na pohreb) als Kostenzuschuss für die Beisetzung des Verstorbenen. Als Pauschalleistung stehen € 79,67 für die Person zur Verfügung, die die Beisetzung organisiert hat.

Bezug von Hinterbliebenenleistungen

Die Anträge auf Hinterbliebenenrenten mit allen erforderlichen Nachweisen sind schriftlich bei den örtlichen Geschäftsstellen der Sozialversicherungsanstalt einzureichen. Bei gleichzeitiger Einreichung eines Antrags auf Hinterbliebenenrente aus dem Rentensparsystem müssen die Unterlagen bei der Lebensversicherung, die die lebenslange Rente des Verstorbenen ausgezahlt hat, sowie gegebenenfalls bei der Rentenansparverwaltungsgesellschaft, die das Rentenkapital verwaltet, eingereicht werden. Diese Anträge müssen alle sachdienlichen Angaben für die Prüfung der Ansprüche des Antragstellers mit allen erforderlichen Nachweisen enthalten.

Zuschuss zu den Bestattungskosten

Der Antragsteller muss beim Amt für Arbeit, Soziales und Familie des letzten ständigen oder zeitweiligen Wohnsitzes des Verstorbenen einen Antrag auf Sterbegeld einreichen. Dieser Antrag ist sowohl von dem mit der Beisetzung beauftragten Beerdigungsinstitut als auch vom Amt für Arbeit, Soziales und Familie des Sterbeortes zu bestätigen. Antragsformulare sind in den Ämtern für Arbeit, Soziales und Familie erhältlich.

Kapitel VIII: Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten

Anspruch auf Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten

Jeder Arbeitgeber, der mindestens einen Arbeitnehmer beschäftigt, muss eine Unfallversicherung abschließen, die alle seine Beschäftigten absichert.

Das Unfallversicherungssystem schützt Personen, die für einen Arbeitgeber nicht nur aufgrund eines Arbeitsvertrags, sondern im Rahmen eines Praktikums oder Ausbildung für ihn tätig sind sowie Arbeiten für ihn ausführen (bestellen).

Im Unfallversicherungssystem gibt es mehrere Personengruppen, für die die Leistungen bei Arbeitsunfall und Berufskrankheit vom Staat übernommen und finanziert werden:

- Schüler des Sekundarschulwesens sowie Studierende an Hochschulen
- Mitglieder der Freiwilligen Feuerwehr, von Rettungsdiensten im Bergbau, ehrenamtliche Mitarbeiter des Roten Kreuzes und der Bergrettungsdienste
- ehrenamtliche Retter nach gravierenden Ereignissen oder Naturkatastrophen oder bei der Beseitigung der Folgen derartiger Ereignisse oder Katastrophen

Da das Unfallversicherungssystem auf der Vermutung der Haftung des Arbeitgebers für seine Beschäftigten bei einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit beruht, kann der Versicherte keine Entschädigungsleistung aus der Unfallversicherung fordern, wenn der Arbeitgeber nachweist, dass er bei dem betreffenden Ereignis keineswegs haftbar zu machen ist.

Abgedeckte Leistungen

Da das Unfallversicherungssystem das Nettoeinkommen der Opfer vor ihrem Arbeitsunfall oder ihrer Berufskrankheit garantieren soll, basiert die Berechnung der zu entrichtenden Beiträge und der im Rahmen der Unfallversicherung gewährten Leistungen auf dem Bruttoeinkommen des Versicherten. Bei dieser Berechnung wird keine Obergrenze berücksichtigt wie bei der Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherung und dem Garantiefonds.

Das Unfallversicherungssystem umfasst folgende Leistungen:

- Verletztengeld (*Úrazový príplatok*)
- Unfallrente (*Úrazová renta*)
- einmalige Abfindung (*Jednorazové vyrovnanie*)
- Hinterbliebenenrente (*Pozostalostná úrazová renta*) und eine einmalige Ausgleichsleistung (*Jednorazové odškodnenie*);
- Rehabilitationsgeld (*Rehabilitačné*) und Umschulungsgeld (*Rekvalifikačné*)

Verletztengeld

Hierbei handelt es sich um eine Geldleistung für Versicherte, die infolge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit arbeitsunfähig sind. Die Höhe dieser Leistung entspricht der Differenz zwischen dem Krankengeld und den eventuellen Lohnausgleichszahlungen, die das Opfer bezieht, einerseits, und seinem Nettolohn vor dem Unfall bzw. der Erkrankung andererseits.

Unfallrente

Voraussetzung für den Bezug einer Unfallrente ist ein Erwerbsminderungsgrad von mindestens 40% aufgrund eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit. Der Erwerbsminderungsgrad wird unter Berücksichtigung der Tätigkeit des Opfers unmittelbar vor seinem Unfall oder seiner Erkrankung bewertet. Die Rente wird unter Berücksichtigung von 80% des Lohns berechnet, der als Beitragsbemessungsgrundlage dient (was annähernd dem Nettolohn des Versicherten entspricht). Erhält das Opfer jedoch gleichzeitig eine Invaliditätsrente, wird die Unfallrente entsprechend gekürzt.

Tritt eine Änderung des Gesundheitszustands des Versicherten ein, die sich auf seinen Erwerbsminderungsgrad auswirkt (sofern dieser nicht unter den Grenzwert von 40% absinkt), wird die Rente entsprechend angepasst. Der Anspruch auf Unfallrente erlischt, wenn der Versicherte das Rentenalter erreicht oder ihm eine vorgezogene Altersrente bewilligt wird.

Einmalige Abfindung

Hat ein Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit einen Erwerbsminderungsgrad von weniger als 40% zur Folge, der keinen Anspruch auf eine Unfallrente verleiht, jedoch über 10% liegt, sieht das Unfallversicherungssystem eine Abfindung (einmalige Pauschalentschädigung) vor, deren Betrag dem Prozentsatz der Erwerbsminderung bezogen auf das jährliche Bruttogehalt des Versicherten vor seinem Unfall oder seiner Erkrankung entspricht.

Hinterbliebenenrente und einmalige Ausgleichszahlung

Stirbt der Versicherte nach einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit, sieht das Unfallversicherungssystem Leistungen für die Hinterbliebenen vor. Diese Leistungen können in Form einer Hinterbliebenenrente aus der Unfallversicherung oder einer Abfindung erbracht werden. Die Hinterbliebenenrente aus der Unfallversicherung wird in den Fällen ausgezahlt, in denen der verstorbene Versicherte per Gerichtsbeschluss zu Unterhaltszahlungen verpflichtet worden war; in den anderen Fällen wird dem hinterbliebenen Ehegatten und den unterhaltsberechtigten Kindern eine Abfindung gezahlt. In den anderen Fällen wird dem hinterbliebenen Ehegatten und den unterhaltsberechtigten Kindern eine Abfindung gezahlt.

Rehabilitations- und Umschulungsgeld

Versicherte, die eine Rehabilitation bzw. Umschulung absolvieren, erhalten Rehabilitations- bzw. Umschulungsgeld. Die Entscheidung über die Gewährung dieser Leistungen liegt bei der Sozialversicherungsanstalt. Sie werden für eine Höchstdauer von sechs Monaten gezahlt. Beide Leistungen sind allerdings nicht mit einer Altersrente kumulierbar. Ein positiver Bescheid auf die Anträge auf Rehabilitation oder Umschulung verleiht automatisch den Anspruch auf den Bezug der entsprechenden

Geldleistungen. Die Höhe der Beihilfe entspricht 80% der täglichen Bemessungsgrundlage (durchschnittliche tägliche Einkünfte im Kalenderjahr vor Eintritt der Verletzung).

Andere Leistungen

Sonstige Geldleistungen des Unfallversicherungssystems:

- Schmerzensgeld (*Náhrada za bolesť*) und Ausgleich für geminderte soziale Chancen (*Náhrada za staženie spoločenského uplatnenia*)
- Erstattung der Behandlungskosten, die den Rahmen und Umfang der Übernahme durch die Krankenkasse überschreiten
- Erstattung der Beerdigungskosten als einmalige Pauschale für Anspruchsberechtigte (siehe Abschnitt über [Hinterbliebene](#))

Bezug von Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten

Anträge auf Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten mit allen erforderlichen Nachweisen sind schriftlich bei den örtlichen Geschäftsstellen der Sozialversicherungsanstalt einzureichen.

Kapitel IX: Familienleistungen

Anspruch auf Familienleistungen

Kindergeld und Elternschaftsgeld werden Eltern mit unterhaltsberechtigten Kindern, Adoptiveltern, Vormunden, die an Stelle der Eltern unterhaltsberechtigten Kinder betreuen, unabhängig davon, ob sie Arbeitnehmer, Selbstständige oder Arbeitslose sind, gezahlt. Diese Leistungen sind beitragsunabhängige Leistungen, die aus dem Staatshaushalt finanziert werden, und ihre Höhe hängt weder von den Einkünften des Anspruchsberechtigten noch vom Alter der unterhaltsberechtigten Kinder ab. Staatsangehörige anderer Mitgliedstaaten der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraums, der Schweiz sowie in bestimmten Fällen von Drittländern haben dieselben Rechte und Pflichten bezüglich der Familienleistungen wie die Staatsbürger der Slowakischen Republik.

Kindergeld

Der Staat zahlt jeder Person Kindergeld (*Prídavok na dietu*), die für die Ausbildung und den Lebensunterhalt eines unterhaltsberechtigten Kindes aufkommt, wenn sie folgende Voraussetzungen erfüllt:

- er kommt für den Unterhalt des Kindes auf,
- sie hat ihren ständigen oder vorübergehenden Wohnsitz in der Slowakischen Republik (diese Voraussetzung gilt nicht für Wanderarbeitnehmer aus der Europäischen Union, dem Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz),
- das unterhaltsberechtigten Kind hat seinen ständigen oder vorübergehenden Wohnsitz in der Slowakischen Republik (diese Voraussetzung gilt nicht für Wanderarbeitnehmer aus der Europäischen Union, dem Europäischen Wirtschaftsraum und der Schweiz).

Elternschaftsgeld

Elternschaftsgeld (*Rodičovský príspevok*) ist eine Sozialleistung an Eltern oder Adoptiveltern im Sinne eines Beitrags des Staates zur Ausbildung und zum Unterhalt von Kindern unter drei Jahren im Allgemeinen sowie unter sechs Jahren bei Kindern, die langfristige gesundheitliche Probleme haben. Ein Elternteil darf die Elternbeihilfe beantragen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- ein Elternteil übernimmt die allgemeine Betreuung des Kindes,
- er kommt für den Unterhalt des Kindes auf,
- der Antragsteller hat seinen ständigen oder vorübergehenden Wohnsitz in der Slowakischen Republik (diese Voraussetzung gilt nicht für Wanderarbeitnehmer aus der Europäischen Union, dem Europäischen Wirtschaftsraum und der Schweiz),
- das unterhaltsberechtigten Kind hat seinen ständigen oder vorübergehenden Wohnsitz in der Slowakischen Republik (diese Voraussetzung gilt nicht für Wanderarbeitnehmer aus der Europäischen Union, dem Europäischen Wirtschaftsraum und der Schweiz).

Beihilfen zur Kinderbetreuung

Eine Steuergutschrift (*Daňový bonus*) erhalten Eltern mit ständigem oder zeitweiligem Wohnsitz sowie Pflegeeltern oder Adoptiveltern, deren Einkünfte das 6-fache des

monatlichen nationalen Mindesteinkommens überschreiten und die ein Kind betreuen, das jünger als 25 Jahre alt ist.

Kinderbetreuungsgeld (*Príspevok na starostlivosť o dieťa*) erhalten arbeitende oder studierende Personen, die ein Kind erziehen. Wenn sowohl das Kind als auch die Anspruchsberechtigten ihren ständigen oder vorübergehenden Wohnsitz im Gebiet der Slowakischen Republik haben, besteht Anspruch auf diese Beihilfe.

Geburtsbeihilfe

Siehe Abschnitt über [Mutterschaft/ Vaterschaft](#).

Pflegschaftsgeld

Personen, die Kinder aufgrund eines Beschlusses des Gerichts oder einer sozialen Pflegschaftsstelle als Pflegefamilie betreuen, können ihren Anspruch auf Unterstützung der Fürsorge für ein Kind geltend machen.

Abgedeckte Leistungen

Kindergeld

Das Kindergeld ist ein Pauschalbetrag und hängt weder von den Einkünften der Eltern noch vom Alter oder der Anzahl der Kinder ab. Es wird monatlich für jedes unterhaltsberechtignte Kind gezahlt; die Beträge dürfen kumuliert werden. Es wird in vollem Umfang für den Geburtsmonat des betreffenden Kindes gezahlt, selbst wenn die Voraussetzungen für diese Leistung nur für einen Teil dieses Kalendermonats erfüllt sind. Der Pauschalbetrag des Kindergelds wird jeweils am 1. Januar geändert. Gegenwärtig beträgt die Leistungshöhe € 23,10 pro Kind.

Das Kindergeld wird bis zum Ende des schulpflichtigen Alters des Kindes von derzeit 16 Jahren gezahlt. Diese Zeit kann bis zum Alter von 25 Jahren verlängert werden, wenn das Kind studiert oder in Vollzeit einer Berufsausbildung nachgeht und keine eigenen Einkünfte hat. Ist das Kind nicht in der Lage, aufgrund eines lang anhaltenden schlechten Gesundheitszustands ein Studium aufzunehmen oder in Vollzeit einer Berufsausbildung nachzugehen, wird das Kindergeld bis zum Alter von 18 Jahren gezahlt.

Jede Änderung der Situation des Anspruchsberechtigten, die sich auf seine Ansprüche, die Beträge und die Dauer der Leistungsgewährung auswirken kann, muss dem Amt für Arbeit, Soziales und Familie binnen acht Tagen mitgeteilt werden.

Das Kindergeld für ein und dasselbe Kind wird nur an eine einzige natürliche Person gezahlt, selbst wenn mehrere natürliche Personen die Voraussetzungen für diese Leistung erfüllen. Kindergeld kann beantragt werden von:

- einem Elternteil des unterhaltsberechtignten Kindes sowie einem Adoptivelternteil,
- einer Person, der das Kind an Stelle seiner Eltern anvertraut wurde,
- einem volljährigen Kind ohne Einkünfte und Kinder, dessen Eltern eine verminderte Unterhaltungspflicht eingeräumt wurde, oder das verheiratet oder geschieden ist.

Elternschaftsgeld

Die Elternbeihilfe ist ein Pauschalbetrag, denn sie ist von den Einkünften der Familie unabhängig, und wird monatlich gezahlt. Hat ein Elternteil in diesem Zeitraum Anspruch auf Mutterschaftsbeihilfe, deren Betrag geringer als die pauschale Elternbeihilfe ist, so wird der Betrag der Elternbeihilfe entsprechend der Differenz zwischen der Mutterschaftsbeihilfe und der geltenden pauschalen Elternbeihilfe angepasst. Die Elternbeihilfe darf nicht ausgezahlt werden, wenn das gewährte Mutterschaftsgeld höher ist als die pauschale Elternbeihilfe. Der Pauschalbetrag der Elternbeihilfe wird jeweils am 1. Januar geändert. Die Elternbeihilfe beläuft sich derzeit auf € 199,60. Bei Mehrlingsgeburten (Zwillinge, Drillinge usw.) wird der Grundbetrag um 25% pro zusätzlichem Kind erhöht. Der Betrag wird um 50% gekürzt, wenn die Eltern die Ausführung der Schulpflicht des Kindes nicht sicherstellen.

Jede Änderung der Situation des Anspruchsberechtigten, die sich auf seine Ansprüche, die Beträge und die Dauer der Leistungsgewährung auswirken kann, muss dem Amt für Arbeit, Soziales und Familie binnen acht Tagen mitgeteilt werden.

Die Elternbeihilfe darf von einem Elternteil des Kindes oder von jeder anderen Person beantragt werden, der das Kind an Stelle der Eltern anvertraut wurde.

Beihilfen zur Kinderbetreuung

Steuergutschrift

Die Steuergutschrift (Steuerinstrument) ist ein universelles System, das eine Minderung der Einkommensteuer in Höhe von € 21,41 pro Kind bewirkt.

Kinderbetreuungsgeld

Mit dem **Kinderbetreuungsgeld** unterstützt der Staat angestellte, selbstständige, studierende Eltern oder Pflegeeltern (keine Empfänger des Elternschaftsgelds), um für den Unterhalt der Kinder aufzukommen. Der Betrag entspricht den aufgelisteten Kosten innerhalb der Grenzen von €²³⁰ pro Monat für jedes Kind, wenn die Kinderbetreuung von einem offiziellen Anbieter ausgeführt wird, oder in einigen Fällen entspricht der Betrag €^{41.10} pro Monat für jedes Kind, wenn die betreuende Person (z. B. ein Großelternanteil) keine hauptberufliche selbstständige Tätigkeit ausübt oder kein professioneller Betreuer ist.

Geburtsbeihilfe

Siehe Abschnitt über [Mutterschaft/ Vaterschaft](#).

Pflegschaftsgeld

Einmalige Leistungen

Diese Leistungen werden jeweils bei Beginn und am Ende des Pflegeverhältnisses gezahlt. Regelmäßige Leistungen erhalten die Anspruchsberechtigten (ausgenommen sind Kleinkinder, die natürlichen Personen anvertraut werden, die nicht ihre Eltern sind, sowie Kinder, die per Gerichtsbeschluss als vorläufige Schutzmaßnahme bei einer natürlichen Person untergebracht werden) für den Zeitraum des Pflegeverhältnisses, wenn die Anspruchsberechtigten nicht gleichzeitig eine andere staatliche Sozialhilfe beziehen; in diesem Fall sind die regelmäßigen Leistungen nur eine Ergänzung zur Sozialhilfe.

Die einmaligen Leistungen an Pflegekinder sollen den Erwerb einer persönlichen Grundausstattung (lebenswichtige Güter) der betreffenden Kinder ermöglichen. Sie werden systematisch Kleinkindern gewährt, die unmittelbar vor der Unterbringung in einem Kinderheim standen. Sie können auch Kindern gewährt werden, die zwar vor der Unterbringung in einer Pflegefamilie nicht in einem Heim lebten, aber keine persönliche Grundausstattung besitzen – dies liegt im Ermessen der Behörde für Arbeit, Soziales und Familie, die für die Zahlung der Leistung zuständig ist.

Einmalige Leistungen an Kinder nach Beendigung des Pflegeverhältnisses sollen Kindern, die bis dato in einer Pflegefamilie untergebracht waren, den Start in die Unabhängigkeit erleichtern. Leistungsempfänger ist das volljährig gewordene Kind.

Regelmäßige Leistungen an Pflegeeltern

Mit diesen Leistungen sollen Pflegeeltern unterstützt werden, die mindestens ein ihnen zur Pflege anvertrautes Kind betreuen. Diese Aufgabe ist persönlich wahrzunehmen, außerhalb von Einrichtungen, die Kinder unter Vormundschaft aufnehmen, und kann auch Kinder betreffen, die ihnen vorübergehend mit Blick auf eine künftige Pflegschaft anvertraut wurden. Familienmitglieder in direkter Linie (Großeltern, Urgroßeltern) dürfen diese Leistungen nicht beantragen. Zur Festigung der Familienbindungen werden die Leistungen bei der Betreuung von drei oder mehr Kindern, die Geschwister sind, erhöht.

Sie dürfen nicht gewährt werden, wenn ein Pflegeelternteil oder sein Ehegatte während des Pflegeverhältnisses Mutterschaftsbeihilfe (Sozialversicherungsgesetz), Krankentagegeld oder gleichartige Leistungen aus dem Ausland bezieht.

Regelmäßige besondere Leistungen für die Pflegeeltern

Diese Leistungen sollen Pflegeeltern unterstützen, die ein schwer behindertes Kind betreuen, wenn diese Pflegeeltern oder das betreffende Kind keine andere finanzielle Hilfe für diese Aufgabe erhalten und wenn diese Pflegschaft persönlich und außerhalb von speziellen Einrichtungen wahrgenommen wird (gemäß Sozialhilfegesetz).

Bezug von Familienleistungen

Der Antrag auf Kindergeld ist schriftlich bei der örtlichen Geschäftsstelle des Amtes für Arbeit, Soziales und Familie am ständigen oder vorübergehenden Wohnort des Antragstellers in der Slowakischen Republik einzureichen. Die Nachweise, die den Unterlagen beizufügen sind, sind in den Hinweisen zum Ausfüllen dieser Formulare aufgelistet. Hat das unterhaltsberechtigten Kind seinen Wohnsitz in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, werden die europäischen Koordinierungsvorschriften berücksichtigt.

Personen können ihren Anspruch auf Unterstützung der Fürsorge für ein Pflegekind beim Amt für Arbeit, Soziales und Familie am Ort ihres ständigen Wohnsitzes beantragen. Diese Ämter verwalten auch die Leistungen. Der Anspruch auf diese Leistungen ist mit der materiellen Lage des Kindes verbunden, die das Amt nach eigenem Ermessen beurteilt. Eine Entscheidung muss innerhalb von 30 Tagen gefällt werden.

Kapitel X: Leistungen bei Arbeitslosigkeit

Anspruch auf Leistungen bei Arbeitslosigkeit

Mitglieder der Arbeitslosenversicherung (unabhängig davon, ob sie Arbeitnehmer oder freiwillig Versicherte sind) können Arbeitslosengeld (*Dávka v nezamestnanosti*) beanspruchen, wenn sie in den drei Jahren vor ihrer Registrierung als Arbeitslose insgesamt mindestens zwei Jahre lang Beiträge zur Arbeitslosenversicherung gezahlt haben.

Versicherungszeiten dürfen für die Entstehung des Anspruchs auf Arbeitslosengeld nur einmal angerechnet werden, d. h. die Versicherungszeiten, die bereits bei früheren Ansprüchen auf Arbeitslosengeld berücksichtigt worden waren, werden nicht mehr mitgerechnet.

Eine natürliche Person mit einem Erwerbsminderungsgrad von mindestens 70%, die eine Alters-, Vorruhestands- oder Invaliditätsrente bezieht, darf nicht gleichzeitig Arbeitslosengeld erhalten. Versicherte dürfen kein Arbeitslosengeld für die Tage erhalten, an denen sie Krankengeld, Pflegegeld, Mutterschafts- oder Elterngeld bezogen haben.

Abgedeckte Leistungen

Sie können dann für längstens sechs Monate Arbeitslosengeld beziehen.

Versicherte, die sich nach Ablauf eines befristeten Arbeitsvertrags arbeitslos melden, dürfen Arbeitslosengeld beanspruchen, wenn sie in den vier Jahren vor ihrer Registrierung:

- aufgrund ihres befristeten Beschäftigungsverhältnisses in der Arbeitslosenversicherung versichert oder mindestens zwei Jahre lang freiwillige Mitglieder dieser Versicherung waren,
- aus anderen Gründen nicht verpflichtet waren, sich gegen Arbeitslosigkeit zu versichern.

In diesem Fall erhalten sie vier Monate lang Arbeitslosengeld.

Erfüllen die Versicherten die gesetzlichen Voraussetzungen für den Bezug von Leistungen bei Arbeitslosigkeit, so erhalten sie eine Leistung in Höhe von 50% ihres Grundentgelts, das zur Bemessung der Beiträge herangezogen wird.

Bezug von Leistungen bei Arbeitslosigkeit

Sind die obigen Voraussetzungen erfüllt, beginnt der Anspruch auf Leistungen bei Arbeitslosigkeit an dem Tag, an dem sich die Versicherten bei ihrer lokalen Behörde für Arbeit, soziale Angelegenheiten und Familie als arbeitslos registrieren lassen, und endet bei Ablauf der gesetzlichen Gewährungsdauer. Außerdem endet der Anspruch auf Leistungen an dem Tag, an dem die Versicherten aus den Listen der

Arbeitssuchenden gestrichen werden. Diese Leistung wird von der Sozialversicherungsanstalt gewährt.

Kapitel XI: Mindestsicherung

Anspruch auf Leistungen zur Mindestsicherung

Besondere beitragsunabhängige Geldleistungen

Siehe unten: "Abgedeckte Leistungen"

Hilfe für Personen in Not (*Pomoc v hmotnej núdzi*)

Bei der Hilfe für Personen in Not handelt es sich um ein steuerfinanziertes universelles beitragsunabhängiges System zur Sicherung eines Existenzminimums für diejenigen Personen, die nicht in der Lage sind, ihre wesentlichen Lebensumstände aufrechtzuerhalten. Der gezahlte Betrag hängt von der Zahl der Mitglieder des Haushaltes ab. Hilfe für Personen in Not wird auf der Grundlage eines Subjektiven Rechts gewährt (nicht willkürlich).

Hilfe für Personen in Not (*Dávka v hmotnej núdzi*)

Die Leistung für Personen in Not ist bedarfsabhängig und wird bedürftigen Personen mit ständigem Wohnsitz in der Slowakischen Republik gewährt, wenn ihr Einkommen sich unter dem Existenzminimum (*Životné minimum*) befindet und sie ihren Lebensunterhalt nicht selbst bewältigen können. Das Existenzminimum ist die Einkommensschwelle, unterhalb derer eine Person als bedürftig gilt. Das Existenzminimum beabsichtigt die wesentlichen Lebensumstände zu sichern, welche definiert sind als eine warme Mahlzeit pro Tag sowie benötigte Kleidung und Unterkunft.

Abgedeckte Leistungen

Besondere beitragsunabhängige Geldleistungen

Vor dem 1. Januar 2004 genehmigte Anpassung der Renten, welche die einzige Einkommensquelle bilden:

Wurde die Altersrente, proportionale Altersrente, Invaliditätsrente, Verwitwetenrente oder Waisenrente einer Vollwaise zum 31. Dezember 2003 angepasst, weil sie die einzige Einkommensquelle des Rentenempfängers war, wird sie nach dem 31. Dezember 2003 unter den Bedingungen gezahlt, die in den bis zum 31. Dezember 2003 gültigen Vorschriften festgelegt waren, und ihr Betrag entspricht dann demjenigen, der am 31. Dezember 2003 galt. Außerdem wird diese Rente nach Maßgabe der seit dem 1. Januar 2004 geltenden Rechtsvorschriften angehoben.

Der Anpassungsbetrag der Altersrente, der proportionalen Altersrente oder der Invaliditätsrente, die die einzige Einkommensquelle darstellen, wird bei der Festsetzung der Verwitweten- und Waisenrente nicht berücksichtigt.

Vor dem 1. Januar 2004 bewilligte Sozialrente

Die zum 31. Dezember 2003 gezahlte Sozialrente wird auch nach diesem Datum unter den Bedingungen gewährt, die in den bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Vorschriften festgelegt waren; ihr Betrag entspricht dann demjenigen, der bis dato

galt. Für die Entscheidung über die Gewährung von Renten und deren Zahlung ist seit dem 31. Dezember 2003 die Abteilung der Sozialversicherungsanstalt zuständig, die als ihr Exekutivgremium auch bis zum 31. Dezember 2003 für Entscheidungen und Zahlungen zuständig war. Außerdem wird die Sozialrente nach Maßgabe der seit dem 1. Januar 2004 geltenden Rechtsvorschriften angehoben.

Hilfe für Personen in Not

Die Höhe der Leistung für Personen in Not variiert entsprechend der Familienzusammensetzung. Der Leistungsbetrag wird als Differenz zwischen dem Einkommen der Person oder des Haushalts und dem theoretischen Betrag der Leistung für Personen in Not berechnet. Letztere Beträge lauten:

- € 60,50 für Alleinstehende
- € 115,10 für Alleinerziehende mit bis zu vier Kindern
- € 105,20 für Paare ohne Kinder
- € 157,60 für Paare mit einem bis vier Kindern
- € 168,20 für Alleinerziehende mit fünf oder mehr Kindern
- € 212,30 für Paare mit fünf oder mehr Kindern

Die Leistung für Personen in Not wird geleistet solange Bedürftigkeit besteht.

Sonstige Leistungen als Teil der Leistung für Personen in Not:

- Leistung für Schwangere ab dem vierten Schwangerschaftsmonat
- Leistung an Bezieher der Leistung für Personen in Not mit einem Kind unter einem Jahr
- Krankenpflegegeld (*Príspevok na zdravotnú starostlivosť*)
- Unterhaltshilfe (*Ochranný príspevok*) für Personen im Rentenalter, Erwerbsunfähige (mit einer Erwerbsminderung von mehr als 70%), Personen, die einen Schwerbehinderten betreuen, Personen, die länger als 30 Tage krank sind, oder alleinerziehende Elternteile, die ein Kind im Alter bis zu 31 Wochen betreuen
- Wohngeld (*Príspevok na bývanie*) für diejenigen Personen, die ihre Unterkunftskosten zahlen (mit Ausnahme von Rentnern und bedürftigen Personen, die in Einrichtungen der Wohlfahrtspflege leben)
- Aktivierungsbeihilfe (*Aktivačný príspevok*) für diejenigen Personen, die an Arbeitsförderungsprogrammen teilnehmen (Ausbildung oder geringfügige soziale Arbeiten in der Gemeinde mit einem Mindestumfang von zehn Stunden wöchentlich)
- Leistung für Kinder während der schulischen Pflichtausbildung (in einem Alter von 6 bis 16 Jahren) (*Dávka pre dieťa*)

Bezug von Leistungen zur Mindestsicherung

Hilfe für Personen in Not

Personen können ihren Anspruch auf diese Unterstützung beim Amt für Arbeit, Soziales und Familie am Ort ihres ständigen Wohnsitzes beantragen. Diese Ämter verwalten auch die Leistungen. Der Anspruch auf diese Leistungen ist mit der materiellen Lage des Kindes verbunden, die das Amt nach eigenem Ermessen beurteilt. Die Behörde ist dazu verpflichtet, innerhalb von 30 Tagen eine Entscheidung zu fällen (bei sehr komplexen Fällen 60 Tage).

Kapitel XII: Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

Anspruch auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

Die Pflegeleistungen werden behinderten Personen, Personen mit einem schlechten Gesundheitszustand und Personen, die auf die Hilfe Dritter angewiesen sind, angeboten. Das Gesetz definiert die benötigte Dauer der funktionalen Erkrankungen (12 Monate) sowie den Mindestgrad der Pflegebedürftigkeit in Abhängigkeit für entsprechende Leistungen.

Abgedeckte Leistungen

Die Leistungen sind vom höchsten Einkommensniveau (des Einkommens, Vermögens und anderer Leistungen) des gesamten Haushaltes der Antragsteller abhängig. In Abhängigkeit von mehreren Faktoren gilt eine Einkommensgrenze (z. B. ob die abhängige Person noch ein Kind ist). Neben den Sachleistungen (darunter vollstationäre und Tagespflege) sind auch Geldleistungen in Form von Pflegegeld und Geldleistungen der häuslichen Pflege für nicht-gewerbsmäßige Pflegepersonen (Verwandte) für die häusliche Pflege vorgesehen. Es besteht freie Wahl zwischen Geld- und Sachleistungen.

Der Empfänger ist verpflichtet, die Kosten der Leistung in Einrichtungen zu tragen, aber mindestens 20% des Existenzminimums muss dem Klienten als Einkommen bleiben. Der Empfänger der Geldleistungen übernimmt einen Teil der Kosten für Hilfsmittel.

Bezug von Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

Die Leistungen sind regional und lokal organisiert. Leistungen bei Pflegebedürftigkeit werden teilweise durch spezifische Gesetze (bei Menschen mit Behinderungen) und teilweise vereinzelt in den Gesetzen zu anderen Risiken (Invalidität, Alter, Krankheit) geregelt. Grundprinzip ist die Philosophie der Sozialhilfe (bedarfsorientierter Anspruch), finanziert teils durch die Gemeinde, die regionale Selbstverwaltung und den Staat.

Die Leistungen werden in Kombination von Sach- und Geldleistungen erbracht. Für ausgewählte Leistungen ist eine Kumulation jedoch nicht möglich (z. B. Geldleistungen der häuslichen Pflege (*Príspevok za opatrovanie*) mit Pflegegeld (*Príspevok na osobnú asistenciu*)). Leistungen werden bei Erfüllung der Bedingungen gewährt, welche eine Bedürftigkeitsprüfung beinhalten. Die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit der Person erfolgt durch den kontrollierenden Arzt. Dieser arbeitet mit Fachärzten und dem Sozialarbeiter zusammen.

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, Soziales und Familie der Slowakischen Republik
Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky
Špitálska 4,6,8
816 43 Bratislava
<http://www.employment.gov.sk>

Gesundheitsministerium der Slowakischen Republik
Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky
Limbová 2
P.O. Box 52
837 52 Bratislava 37
<http://www.health.gov.sk>

Innenministerium der Slowakischen Republik
Ministerstvo vnútra Slovenskej republiky
Abteilung für Personal und Soziales, Dienststelle für Kranken- und Sozialversicherungen
Pribinova 2
812 72 Bratislava
<http://www.minv.sk>

Gesundheitsüberwachungsbehörde
Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou
Želova 2
829 24 Bratislava 25
<http://www.udzs-sk.sk>

Sozialversicherungsanstalt – Zentrale
Sociálna poisťovňa - ústredie
Ulica 29. augusta 8 -10
813 63 Bratislava 1
<http://www.socpoist.sk>

Zentralbehörde für Arbeit, soziale Angelegenheiten und Familie
Ústredie práce, sociálnych vecí a rodiny
Špitálska 8
812 67 Bratislava
<http://www.upsvar.sk>

Allgemeine Krankenversicherung
Všeobecná zdravotná poisťovňa – generálne riaditeľstvo
Mamateyova 17
850 05 Bratislava
<http://www.vszp.sk>

Finanzministerium der Slowakischen Republik
Ministerstvo financií Slovenskej republiky
Štefanovičova 5
817 82 Bratislava
<http://www.finance.gov.sk>