



Informationen für Grenzgänger
im Grenzraum Deutschland – Tschechien – Polen

Soziale Sicherheit 2019



www.eures-triregio.eu

Haftungsausschluss: Diese Veröffentlichung enthält allgemeine Informationen zur Orientierung. Für die Richtigkeit aller Angaben kann keine Gewähr übernommen werden und es können keine Rechtsansprüche abgeleitet werden. Stand der Informationen: Dezember 2018

Hinweis: Aus Gründen der Lesbarkeit und der Verständlichkeit wird bei der Bezeichnung von Personen an einigen Stellen die männliche Form verwendet. Diese Bezeichnung schließt Frauen in der jeweiligen Funktion ausdrücklich mit ein.

Impressum

Herausgeber: DGB Bezirk Sachsen
Schützenplatz 14, 01067 Dresden
anna.bernstorf@dgb.de

Redaktion: Anna Bernstorf
Übersetzung: Robert Slováček, Michał Scheuer
Layout: Anne Wolf

Stand: Dezember 2018



Diese Veröffentlichung wurde mit Finanzmitteln des EU-Programms für Beschäftigung und soziale Innovation „EaSI“ (2014-2020) unterstützt. Weitere Informationen finden Sie unter <http://ec.europa.eu/social/easi>

Die in dieser Veröffentlichung enthaltenen Informationen geben nicht notwendigerweise den Standpunkt der Europäischen Kommission wieder.

Inhaltsverzeichnis

Wer ist Grenzgänger? 2

Wo sind Grenzgänger versichert? 2

Kontakte 43

Soziale Sicherheit in Deutschland Polen Tschechien

Grundprinzipien 3 4 5

Arbeitslosenversicherung 6 6 6

Familienleistungen 7 7 7

Kindergeld 8 11 12

Elterngeld 9 11 12

Krankenversicherung und

Krankengeldversicherung 14 14 14

Krankengeld 15 19 22

Freie Arztwahl 16 21 25

Zuzahlungen 16 21 25

Hilfsmittel 17 21 25

Fahrtkostenersatz 17 22 25

Zahnersatz 17 22 25

Pflegeversicherung 18 22 26

Rentenversicherung 27 27 27

Welche Voraussetzungen

gibt es für die Rente? 28 30 32

Werden Renten besteuert? 29 30 33

Wie wird die Rente berechnet? 29 31 33

Rentenanpassung 30 31 34

Unfallversicherung 35 35 35

Wer ist versichert? 35 37 40

Was ist versichert? 35 38 40

Was muss ich beachten? 35 38 40

Sachleistungen 35 38 41

Geldleistungen 35 38 41

Wer ist Grenzgänger?

Ein Grenzgänger ist eine Person, die in einem Mitgliedstaat eine Beschäftigung oder eine selbstständige Erwerbstätigkeit ausübt und in einem anderen Mitgliedstaat wohnt, in den sie in der Regel täglich, mindestens jedoch einmal wöchentlich zurückkehrt (VO (EG) Nr. 883/2004). Im Folgenden wird nur auf die Beschäftigten, nicht auf die selbstständig Erwerbstätigen eingegangen.

Hinweis: Neben dieser Definition des Grenzgängers gibt es in einigen bilateralen Doppelbesteuerungsabkommen eine steuerrechtliche Definition des Grenzgängers bzw. Ausnahmeregelungen, dass Grenzgänger unter bestimmten Voraussetzungen im Wohnstaat steuerpflichtig sind. In den Doppelbesteuerungsabkommen zwischen Deutschland, Polen und Tschechien gibt es diese Sonderregelungen jedoch nicht.

Soziale Sicherheit

Wo sind Grenzgänger versichert?

Grundsätzlich sind Grenzgänger in dem Land versichert, in dem sie arbeiten. Auch bei nur kurzfristigen Arbeitsaufenthalten ist deshalb ein Beitritt zum Sozialversicherungssystem des Beschäftigungslandes notwendig. Die Beiträge in die Systeme der sozialen Sicherheit werden demnach am Arbeitsort entrichtet. Die Leistungen können zum Teil auch am Wohnort in Anspruch genommen werden. Einzelheiten erfahren Sie unter den folgenden Punkten.

Grundsätzlich gilt, dass Grenzgänger gemäß den Gemeinschaftsbestimmungen der EU in Fragen der sozialen Sicherheit gegenüber Arbeitnehmern, die im gleichen Land wohnen und arbeiten, nicht benachteiligt werden dürfen.

HINWEIS: Die Europäische Kommission hat einen Vorschlag für Änderungen bei der Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit vorgelegt. Dieser wird derzeit diskutiert. Die grundsätzlichen oben aufgeführten Regeln bleiben bestehen. Es könnten im Laufe des Jahres 2019 aber im Detail Änderungen eintreten. Das gilt besonders für die Arbeitslosenversicherung. Es wurden zwei Änderungen vorgeschlagen, die aber noch verhandelt werden.

Aufenthalt im Ausland zur Arbeitsuche während des Leistungsbezugs: dieser soll von drei Monaten auf sechs Monate verlängert werden. Auf Antrag ist eine Verlängerung möglich.

Zahlung von Arbeitslosengeld: Bei Arbeitslosigkeit von Grenzgängern ist derzeit das Arbeitsamt am Wohnort für die Zahlung der Arbeitslosenleistungen zuständig.

In Zukunft soll das Arbeitsamt am letzten Ort der Beschäftigung, also an dem Ort, wo die Beiträge eingezahlt wurden, das Arbeitslosengeld zahlen. Dies jedoch nur, wenn der Grenzgänger dort mindestens 12 Monate gearbeitet hat. Bei einer geringeren Zeit, ist weiterhin das Arbeitsamt am Wohnort zuständig.

Über Änderungen werden wir auf dieser Seite informieren:

www.eures-triregio.eu

Was gehört zur sozialen Sicherheit in Deutschland?

Grundprinzipien

Grundsätzlich besteht für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer eine Versicherungspflicht. Unter bestimmten Voraussetzungen ist eine freiwillige Versicherung oder eine Familienmitversicherung für Personen, die nicht der Versicherungspflicht unterliegen, möglich. Die Beiträge zur Sozialversicherung werden von Arbeitnehmer und Arbeitgeber gemeinsam getragen.

Sozialversicherung	Arbeitnehmer	Arbeitgeber
Arbeitslosenversicherung	1,250 %	1,250 %
Krankenversicherung	7,300 %	7,300 %
Pflegeversicherung	1,525 %	1,525 %
- Kinderlose ab 23 Jahren	1,775 %	1,525 %
- Pflegeversicherung in Sachsen	2,025 %	1,025 %
- Kinderlose ab 23 Jahren in Sachsen	2,275 %	1,025 %
Rentenversicherung	9,30 %	9,30 %

Lesebeispiel: Der abzuführende Betrag für die Arbeitslosenversicherung beträgt für Arbeitnehmer und Arbeitgeber je 1,250 % des Bruttoeinkommens.

Unfallversicherung: Wird alleine vom Arbeitgeber einbezahlt. Die Höhe ist abhängig von der Gefahreinstufung.

Weitere Hinweise:

- Einige Krankenkassen erheben Zusatzbeiträge. Diese werden seit 1.1.2019 paritätisch von den Versicherten und Arbeitgebern finanziert.
- Liegt das Bruttojahresentgelt über so genannten Beitragsbemessungsgrenzen, wird der Beitrag auf Basis der Beitragsbemessungsgrenze berechnet. Arbeitslosenversicherung und allgemeine Rentenversicherung 2019: 80.400 Euro (West) und 73.800 Euro (Ost), Kranken- und Pflegeversicherung 54.450 Euro Jahresbruttoeinkommen.
- Ab einem Jahresbruttoeinkommen von 60.750 Euro entfällt die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Dann ist eine freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenkasse oder der Wechsel in die private Krankenversicherung möglich.

ACHTUNG: Bei einem Wechsel sollte beachtet werden, dass die europäischen Koordinierungsregelungen für die gesetzlichen, aber nicht unbedingt für die privaten Krankenversicherungen gelten und dass zusätzliche Kosten z. B. bezüglich der Mitversicherung von Familienangehörigen entstehen können.

Vorsicht Minijob

Sie haben durch einen Minijob (bis 450 Euro) in Deutschland keinen Versicherungsschutz bei der Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung und nur einen geringen Anspruch in der Rentenversicherung. Sie haben damit keinen Anspruch auf Leistungen! Informieren Sie sich bei Ihrer Sozialversicherung, welche Auswirkungen die Aufnahme eines Minijobs in Deutschland für Sie hat und welches Land für Ihre Versicherung zuständig ist.

Was gehört zur sozialen Sicherheit in Polen?

Grundprinzipien

Für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie Gewerbetreibende besteht eine Versicherungspflicht. Für die Erhebung und Abrechnung aller Versicherungsbeiträge ist die Sozialversicherungsanstalt (ZUS) zuständig. Das Gesetz über das Sozialversicherungssystem regelt alle Fragen der Pflichtversicherungen sowie des freiwilligen Beitritts zum Sozialversicherungssystem.

Anmerkung: Zur Sozialversicherung zählen die Renten- und Erwerbsunfähigkeitsrentenversicherung sowie die Unfall- und Krankengeldversicherung. Die Beiträge zum Arbeitsfonds (Arbeitslosenversicherung) sowie zur Krankenversicherung zählen (streng genommen) nicht zur Sozialversicherung.

Sozialversicherungsbeiträge in Polen 2019:

Sozialversicherung	Arbeitnehmer	Arbeitgeber
Krankengeldversicherung	2,45 %	0,00 %
Unfallversicherung	0,00 %	0,40 - 3,60 %
Erwerbsunfähigkeitsrentenversicherung	1,50 %	6,50 %
Rentenversicherung	9,76 %	9,76 %
Arbeitslosenversicherung	0,00 %	2,45 %
Krankenversicherung	9,00 %	0,00 %

Lesebeispiel: Der abzuführende Betrag für die Rentenversicherung beträgt für Arbeitnehmer und Arbeitgeber je 9,76 % des Bruttoeinkommens.

Weitere Hinweise:

- Der Krankenversicherungsbeitrag wird zu 7,75 % von der Einkommensteuer abgesetzt.
- Die Beitragsbemessungsgrenze für die Renten- und Erwerbsunfähigkeitsrentenversicherung kann das Dreißigfache des prognostizierten durchschnittlichen Monatseinkommens in der Volkswirtschaft im jeweiligen Kalenderjahr nicht überschreiten. Diese liegt 2019 bei 142.950 PLN.
- Die Beitragsbemessungsgrenze für die freiwillige Krankengeldversicherung liegt bei 250 % des prognostizierten durchschnittlichen Monatseinkommens. Im Jahr 2019 beträgt dieses Einkommen 4.765 PLN. Für sonstige Versicherungsarten gibt es keine Beitragsbemessungsgrenze.
- In Polen gibt es keine Pflegeversicherung und keine Geringfügigkeitsgrenze.

Was gehört zur sozialen Sicherheit in Tschechien?

Grundprinzipien

Obligatorisches Sozialversicherungssystem für Arbeitnehmer mit einkommensbezogenen Leistungen. Freiwillige Versicherung für Selbstständige ist möglich. Anmerkung: Zur Sozialversicherung zählen in der Tschechischen Republik (streng genommen nur) die Renten- und die Krankengeldversicherung. Die Beiträge zur staatlichen Beschäftigungspolitik (Arbeitslosenversicherung) werden jedoch zusammen mit den Sozialversicherungsbeiträgen gezahlt. Die gesetzliche Krankenversicherung zählt in Tschechien (streng genommen) nicht zur Sozialversicherung.

Sozialversicherung	Arbeitnehmer	Arbeitgeber
Rentenversicherung	6,5 %	21,5 %
Krankengeldversicherung	0,0 %	2,3 %
Beitrag zur staatlichen Beschäftigungspolitik (Arbeitslosenversicherung)	0,0 %	1,2 %
Krankenversicherung	4,5 %	9,0 %

Lesebeispiel: Der abzuführende Betrag für die Krankenversicherung beträgt für Arbeitnehmer 4,5 % und für Arbeitgeber 9,0 % (d. h. insgesamt 13,5 %) des Bruttoeinkommens.

Weitere Hinweise:

- Die Beitragsbemessungsgrenze für die Sozialversicherung (im engeren Sinne, d. h. Renten-, Krankengeld- und Arbeitslosenversicherung) beträgt das 48fache des Durchschnittslohns (2019: 1.569.552 CZK).
- Die Beitragsbemessungsgrenze für die Krankenversicherung wurde abgeschafft. Die Beiträge werden somit stets von den gesamten erzielten Einkünften abgeführt.
- Für geringfügig Beschäftigte, deren vereinbartes oder tatsächlich erzieltes anrechenbares Einkommen im jeweiligen Kalendermonat unter 3.000 CZK liegt, sowie für die sog. arbeitsrechtlichen Vereinbarungen über die Erbringung einer Arbeitsleistung mit einem anrechenbaren Einkommen im jeweiligen Kalendermonat von max. 10.000 CZK gilt eine Ausnahme von der Krankengeldversicherungspflicht.

Arbeitslosenversicherung

Wo zahle ich meine Beiträge zur Arbeitslosenversicherung?

Die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung werden im Beschäftigungsland entrichtet. In Deutschland beträgt der abzuführende Prozentsatz des Bruttolohnes im Jahr 2019 für Arbeitnehmer und Arbeitgeber jeweils 1,250 %. In Polen beträgt der abzuführende Prozentsatz des Bruttolohnes für Beitragszahler 2,45 %. In Tschechien beträgt der Beitrag zur staatlichen Beschäftigungspolitik 1,2 % der Bemessungsgrundlage (Summe aller einkommensteuerpflichtigen Einnahmen aus dem Beschäftigungsverhältnis) und wird vom Arbeitgeber im Rahmen seines Anteils an den Sozialversicherungsbeiträgen gezahlt (d. h. kein Arbeitnehmeranteil).

Wo erhalte ich Arbeitslosengeld?

Grundsätzlich erhalten Sie als Grenzgänger Arbeitslosengeld von der Arbeitslosenversicherung des Staates, in dem Sie wohnen. D. h. Grenzgänger mit Wohnsitz in Polen oder Tschechien und letzter Arbeitsstätte in Deutschland erhalten Arbeitslosengeld des polnischen oder tschechischen Arbeitsamts. Grenzgänger mit Wohnsitz in Deutschland und letztem Arbeitsort in Polen oder Tschechien erhalten Arbeitslosengeld von der Agentur für Arbeit in Deutschland.

Als Nachweis der ausländischen Versicherungszeiten benötigen Sie bei der Antragstellung im Staat des Wohnsitzes die im Beschäftigungsstaat ausgestellte Bescheinigung U1 (erhältlich bei den Arbeitsverwaltungen in Deutschland, Polen und Tschechien). Reicht für den Anspruch auf Arbeitslosengeld die Versicherungszeit im Land der letzten Beschäftigung nicht aus, dann werden eventuell vorhandene weitere Versicherungszeiten in einem anderen Land mit berücksichtigt. Es gelten die Anspruchsvoraussetzungen des Wohnsitzstaates.

HINWEIS: Die Europäische Kommission hat einen Vorschlag für Änderungen bei der Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit vorgelegt. Dieser wird derzeit diskutiert. Es könnten im Laufe des Jahres 2019 aber im Detail Änderungen eintreten.

Zahlung von Arbeitslosengeld: Bei Arbeitslosigkeit von Grenzgängern ist derzeit das Arbeitsamt am Wohnort für die Zahlung der Arbeitslosenleistungen zuständig.

In Zukunft soll das Arbeitsamt am letzten Ort der Beschäftigung, also an dem Ort, wo die Beiträge eingezahlt wurden, das Arbeitslosengeld zahlen. Dies jedoch nur, wenn der Grenzgänger dort mindestens 12 Monate gearbeitet hat. Bei einer geringeren Zeit, ist weiterhin das Arbeitsamt am Wohnort zuständig.

Über Änderungen werden wir auf dieser Seite informieren:

www.eures-triregio.eu

Was sind die grundsätzlichen Leistungsvoraussetzungen?

Grundsätzlich müssen Sie bei Arbeitslosigkeit der Arbeitsvermittlung am Wohnort zur Verfügung stehen und bereit sein, an Maßnahmen teilzunehmen. Darüber hinaus werden eigene Anstrengungen zur Stellensuche erwartet. Es müssen die

für den Leistungsbezug am Wohnort geltenden Anwartschaftszeiten erfüllt sein. Wenn Sie eine zumutbare Tätigkeit ablehnen oder Termine nicht wahrnehmen, droht unter Umständen für eine bestimmte Zeit (Sperrfrist) keine oder eine geringere Arbeitslosenentschädigung.

Kann ich mich zur Arbeitssuche im Ausland aufhalten?

Sie haben als Grenzgänger das Recht, sich neben der Arbeitsverwaltung im Wohnsitzland auch der Arbeitsverwaltung im letzten Beschäftigungsland zur Arbeitssuche zur Verfügung zu stellen. Sie können sich bis zu 3 Monate zur Arbeitssuche in einem anderen Land als dem Wohnland innerhalb der EU und des Europäischen Wirtschaftsraums aufhalten, wenn Sie Leistungen der Arbeitslosenversicherung am Wohnort beziehen. Auf Antrag bei der Arbeitsverwaltung ist auch eine Verlängerung auf bis zu 6 Monate möglich. Sie müssen sich als arbeitssuchend bei der Arbeitsvermittlung im Ausland melden und die dortigen Kontrollvorschriften erfüllen. Nach 4 Wochen Arbeitslosigkeit erhalten Sie bei der Arbeitsvermittlung im Wohnsitzland die Bescheinigung U2, mit der Sie die Dienste der ausländischen Arbeitsvermittlung in Anspruch nehmen können. Bei der grenzüberschreitenden Arbeitssuche sind das EURES-Netzwerk und insbesondere die EURES-Beraterinnen und -Berater behilflich.

Ausführliche Informationen im Falle des Leistungsbezugs bekommen Sie bei den Arbeitsverwaltungen in Deutschland, Tschechien und Polen.

www.arbeitsagentur.de | www.mpsv.cz | www.mpips.gov.pl

HINWEIS: Die Europäische Kommission hat einen Vorschlag für Änderungen bei der Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit vorgelegt. Dieser wird derzeit diskutiert. Es könnten im Laufe des Jahres 2019 aber im Detail Änderungen eintreten. Das gilt besonders für die Arbeitslosenversicherung.

Aufenthalt im Ausland zur Arbeitssuche während des Leistungsbezugs: dieser soll von drei Monaten auf sechs Monate verlängert werden. Auf Antrag ist eine Verlängerung möglich.

Über Änderungen werden wir auf dieser Seite informieren:

www.eures-treiregio.eu

Familienleistungen

Unter Familienleistungen fallen Leistungen, die Familien erhalten, bis die Kinder selbst für ihren Unterhalt sorgen können (z.B. Kindergeld), und Leistungen, die in den ersten Lebensjahren des Kindes gewährt werden, wenn ein Elternteil nicht voll erwerbstätig ist und sich stattdessen um die Kinderbetreuung kümmert (z.B. Elterngeld).

In welchem Land erhalte ich Familienleistungen?

Grundsätzlich gilt, dass Sie die Leistungen vorrangig im Beschäftigungsland erhalten. Dies gilt beispielsweise dann, wenn Sie als Eltern in unterschiedlichen Ländern der EU leben und arbeiten oder wenn nur ein Elternteil erwerbstätig ist und die Familie mit Ihrem Kind in einem anderen Mitgliedstaat lebt.

Wenn beide Eltern in verschiedenen Mitgliedstaaten der EU erwerbstätig sind, ist der Anspruch in dem Beschäftigungsland vorrangig, das zugleich Wohnland des Kindes ist. Wichtig ist, dass der andere Staat nachrangig leistungs verpflichtet sein kann. In dem Fall wären von dort Unterschiedsbeträge zu leisten, falls die entsprechende Leistung dort höher ist, z. B. die Differenz zwischen dem Kindergeld in Tschechien und Deutschland bei einem Grenzgänger aus Deutschland, der in Tschechien erwerbstätig ist.

Familienleistungen in Deutschland

Wer hat Anspruch auf Kindergeld?

Anspruch auf Kindergeld haben Eltern mindestens bis zum vollendeten 18. Lebensjahr des Kindes. Darüber hinaus wird Kindergeld bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres des Kindes gezahlt, wenn sich das Kind in einer Schul-, ersten Berufsausbildung oder einem Erststudium befindet. Dabei ist bedeutungslos, wie viel das Kind arbeitet oder verdient. Volljährige Kinder, die schon eine Ausbildung oder ein Studium abgeschlossen haben, und einer zweiten Ausbildung bzw. einem zweiten Studium nachgehen oder darauf warten, haben nur dann Anspruch auf Kindergeld, wenn sie einer „unschädlichen“ Beschäftigung nachgehen. Dazu gehören Minijobs (bis 450 Euro) oder eine Beschäftigung, deren regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit insgesamt nicht mehr als 20 Stunden beträgt.

Ist das Kind arbeitslos und bei der Agentur für Arbeit in Deutschland oder dem Jobcenter gemeldet, besteht Anspruch auf Kindergeld bis zum 21. Lebensjahr. Ein Hinzuverdienst durch einen Minijob (450 Euro) ist möglich. Leidet das Kind an einer Behinderung und ist nicht in der Lage, sich selbst zu unterhalten, wird das Kindergeld unter Umständen ohne Altersbeschränkung ausgezahlt. Die Behinderung muss jedoch vor dem 25. Lebensjahr eingetreten sein. Das jährliche Einkommen des behinderten Kindes darf dabei aber den Grundfreibetrag von 9.168 Euro im Jahr nicht überschreiten.

Kindergeld steht nicht zu, wenn für ein Kind Anspruch auf Leistungen für Kinder besteht, die im Ausland gezahlt werden und die dem Kindergeld, der Kinderzulage bzw. dem Kinderzuschuss vergleichbar sind. Ausländische Leistungen schließen den Kindergeldanspruch auch dann aus, wenn sie niedriger sind als das deutsche Kindergeld. Wenn diese Leistungen jedoch von einem anderen Mitgliedstaat der EU (z.B. Tschechien oder Polen) gewährt werden, besteht gegebenenfalls ein Anspruch auf einen Unterschiedsbetrag als Teilkindergeld.

Wie hoch ist das Kindergeld?

Seit Januar 2018 beträgt das Kindergeld monatlich für die ersten zwei Kinder jeweils 194 Euro, für ein drittes Kind 200 Euro und für jedes weitere Kind 225 Euro. Ab 1. Juli 2019 beträgt das Kindergeld monatlich für die ersten zwei Kinder jeweils 204 Euro, für ein drittes Kind 210 Euro und für jedes weitere Kind 235 Euro.

Der Antrag auf Kindergeld muss schriftlich bei der Familienkasse der Agentur für Arbeit an Ihrem Arbeitsort oder an Ihrem Wohnort gestellt werden. Dem Antrag ist eine Geburtsbescheinigung bzw. bei Wohnort im Ausland eine Haushaltsbescheinigung der Wohnortgemeinde beizufügen. Für Kinder über 18 Jahre sind weitere Nachweise bezüglich der Schul-/Berufsausbildung etc. notwendig.

Seit dem 1.1.2016 müssen Antragsteller der Familienkasse in Deutschland ihre steuerliche Identifikationsnummer und die steuerliche Identifikationsnummer des Kindes mitteilen. Wenn Sie in Deutschland aufgrund Ihrer Erwerbstätigkeit steuerpflichtig sind, wurde Ihnen vom Bundeszentralamt für Steuern eine steuerliche Identifikationsnummer mitgeteilt. Mit dieser können Sie den Antrag auf Kindergeld stellen. Kinder, die im Ausland leben, erhalten im Regelfall keine deutsche Steueridentifikationsnummer. Deshalb müssen Sie die Identität Ihres Kindes mit anderen Nachweisen belegen (z.B. in Ihrem Wohnland gebräuchliche Personenidentifikationsmerkmale und Dokumente).

Achtung: Kindergeld kann nur noch für sechs Monate rückwirkend beantragt werden und nicht mehr für mehrere Jahre.

Ausführliche Informationen und Vordrucke erhalten Sie in unterschiedlichen Sprachen unter <https://www.arbeitsagentur.de/familie-und-kinder/downloads-kindergeld-kinderzuschlag>

Zuständige Familienkasse für Grenzgänger aus Polen:

Bundesagentur für Arbeit, Familienkasse Sachsen
09092 Chemnitz

Familienkasse-Sachsen@arbeitsagentur.de

Zuständige Familienkasse für Grenzgänger aus Tschechien:

Bundesagentur für Arbeit, Familienkasse Baden-Württemberg West
76088 Karlsruhe

Familienkasse-Baden-Wuerttemberg-West@arbeitsagentur.de

Wer hat Anspruch auf Kinderzuschlag?

Eltern können für Kinder unter 25 Jahren, für die sie Kindergeld erhalten und die im gleichen Haushalt wohnen, zusätzlich den Kinderzuschlag in Höhe von bis zu 170 Euro je Kind beantragen. Voraussetzung ist, dass die Eltern die Mindesteinkommensgrenze von 900 Euro für Elternpaare und 600 Euro für Alleinerziehende erreichen, zugleich aber die Höchsteinkommensgrenzen nicht überschreiten. Kinderzuschlag kann ab dem Monat der Antragstellung gezahlt werden. Er wird nicht rückwirkend gezahlt und nur solange Kindergeld gewährt wird. Informationen zur Berechnung erhalten Sie unter www.familienkasse.de.

Im Laufe des Jahres 2019 ist mit einer Anhebung und gesetzlichen Änderungen zu rechnen.

Wer hat Anspruch auf Elterngeld?

Eltern haben Anspruch, wenn sie nicht mehr als 30 Stunden in der Woche arbeiten, das Sorgerecht für das Kind haben, im gleichen Haushalt wohnen und das Kind überwiegend selbst betreuen. Wenn gleichzeitig deutsches Elterngeld und eine vergleichbare Leistung eines anderen Mitgliedstaats der EU in Betracht kommen, gilt eine europarechtliche Sonderregelung. Grundsätzlich ist die Leistung vorrangig im Beschäftigungsland des betreffenden Elternteils zu zahlen. Arbeitet jedoch der Ehepartner oder die Ehepartnerin in einem anderen Mitgliedstaat, ist das Wohnland des Kindes vorrangig zur Zahlung verpflichtet. Wenn die Leistung im anderen Mitgliedstaat höher ist, wird von diesem ein Unterschiedsbetrag gezahlt.

Wie lange wird Elterngeld gewährt?

In Deutschland wird zwischen Basiselterngeld, ElterngeldPlus und Partnerschaftsbonus unterschieden. Sie können zwischen den Modellen wählen oder diese kombinieren.

Basiselterngeld (Elterngeld) steht Müttern und Vätern nach der Geburt des Kindes im Umfang von bis zu 14 Monatsbeträgen zur Verfügung, die sie untereinander aufteilen können. Ein Elternteil kann das Elterngeld für mindestens zwei und maximal zwölf Monate beziehen. Wenn beide Eltern das Elterngeld nutzen und ihnen Erwerbseinkommen wegfällt, wird für zwei zusätzliche Monate (Partnermonate) Elterngeld gezahlt.

ElterngeldPlus wird für den doppelten Zeitraum gezahlt. Das heißt, ein Elterngeldmonat sind zwei ElterngeldPlus-Monate. Damit profitieren Eltern vom ElterngeldPlus auch über den 14. Lebensmonat des Kindes hinaus. Der Betrag wird genauso berechnet wie beim Basiselterngeld, beträgt aber maximal die Hälfte.

Der **Partnerschaftsbonus** bietet darüber hinaus die Möglichkeit, für vier weitere Monate ElterngeldPlus zu nutzen: Wenn Mutter und Vater in vier aufeinanderfolgenden Monaten gleichzeitig zwischen 25 und 30 Wochenstunden arbeiten, kann jeder Elternteil in diesen Monaten vier zusätzliche Monatsbeträge ElterngeldPlus beziehen.

Wie hoch ist das Elterngeld?

Maßgebend für die Höhe ist das Nettoeinkommen vor der Geburt des Kindes. Das Basiselterngeld ersetzt dann je nach vorherigem Einkommen zwischen 65 % und 100 % des nach der Geburt des Kindes wegfallenden monatlichen Erwerbseinkommens. Das Basiselterngeld beträgt mindestens 300 Euro und höchstens 1.800 Euro. Das ElterngeldPlus beträgt mindestens 150 Euro und höchstens 900 Euro.

Den Mindestbetrag von 300 Euro Basiselterngeld bzw. 150 Euro ElterngeldPlus erhalten auch nicht erwerbstätige Elternteile. Für Geringverdiener, Mehrkindfamilien und Familien mit Mehrlingen wird das Elterngeld erhöht. Ab einem zu versteuernden Jahreseinkommen von 500.000 Euro (bei zwei Elternteilen) bzw. 250.000 Euro (einem Elternteil), entfällt das Elterngeld.

Das Mutterschaftsgeld wird auf das Elterngeld angerechnet. Nähere Informationen auch unter: www.bmfsfj.de

Das Elterngeld muss schriftlich bei den Elterngeldstellen der Landkreise und kreisfreien Städte beantragt werden. Der Antrag muss nicht sofort nach der Geburt des Kindes gestellt werden. Rückwirkende Zahlungen werden jedoch nur für die letzten drei Monate vor Beginn des Monats geleistet, in dem der Antrag auf Elterngeld eingegangen ist. Weitere Informationen, Antragsformulare und die Kontaktdaten der Elterngeldstellen in Sachsen finden Sie hier:

www.familie.sachsen.de/86.html

Familienleistungen in Polen

Wer hat Anspruch auf Familiengeld/Kindergeld und die entsprechenden Zulagen?

Das Familiengeld dient der teilweisen Deckung der Ausgaben für den Unterhalt des Kindes. Seine Höhe richtet sich nach dem Alter des Kindes. Es wird an berechnete Eltern oder an ein Elternteil oder einen Pfleger des Kindes, den Vormund oder an volljährige Studierende gezahlt. Die Leistung wird bis zur Vervollendung des 18. Lebensjahres des Kindes oder bis zum Abschluss der schulischen Ausbildung gezahlt, aber maximal bis zum Abschluss des 21. bzw. 24. Lebensjahres bei Fortsetzung der Ausbildung und Behinderung.

Die monatlichen Beträge pro Kind hängen vom Alter ab:

- 0 bis 5 Jahre: PLN 95 (22 Euro)
- 6 bis 18 Jahre: PLN 124 (29 Euro)
- 19 bis 23 Jahre: PLN 135 (31 Euro)

Je nach familiärer und gesundheitlicher Situation kann eine Zulage zum Familiengeld gewährt werden, z. B.:

- für Alleinerziehende (193 PLN/45 Euro monatlich, maximal 386 PLN),
- für kinderreiche Familien (95 PLN/22 Euro monatlich für das dritte und jedes weitere Kind),
- bei Ausbildungs- und Rehabilitationsmaßnahmen für ein behindertes Kind (90 PLN monatlich bis zum 5. Lebensjahr bzw. 110 PLN monatlich bis zum 24. Lebensjahr),
- bei Besuch einer Schule außerhalb des Wohnortes (69 bzw. 113 PLN monatlich),
- bei Schuljahresbeginn (100 PLN je Schuljahr),
- Zulage für Kinderbetreuung während des Erziehungsurlaubs (400 PLN/94 Euro für maximal 24 Monate bzw. 36 Monate bei Betreuung von Mehrlingen bzw. 72 Monate bei Kindern mit Behinderung).

Für den Erwerb des Anspruchs auf Familiengeld und die entsprechenden Zulagen muss das Einkommenskriterium erfüllt sein. Das Pro-Kopf-Einkommen der Familie darf im Monat PLN 674 (157 Euro) nicht überschreiten. Für Familien mit behinderten Kindern liegt diese Grenze bei PLN 764 (178 Euro).

Habe ich Anspruch auf Geburtsgeld („Becikowe“)?

Die Leistung für die Geburt des Kindes wird als Einmalzahlung in Höhe von 1000 PLN (233 Euro) gewährt, wenn das Pro-Kopf-Einkommen der Familie im Monat bei höchstens 1922 PLN (447 Euro) netto liegt.

Was sind die Bedingungen für den Bezug der Leistung 500 Plus?

Die Erziehungsleistung „500 Plus“ in Höhe von 500 PLN (116 Euro) pro Monat wird für das 2. und jedes weitere Kind einkommensunabhängig ausgezahlt. Allerdings besteht die Möglichkeit, diese Leistung bereits für das erste Kind in Anspruch zu nehmen, wenn das Pro-Kopf-Einkommen der Familie im Monat bei maximal 800 PLN (186 Euro) netto liegt bzw. wenn das Pro-Kopf-Einkommen der Familie im Monat bei maximal 1200 PLN (279 Euro) netto liegt und mindestens ein Kind eine Behinderung hat.

Leistung „Guter Start“ („Dobry Start“)

Anspruch auf diese Leistung besteht einmal im Jahr für jedes eine Schule besuchende Kind bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres. Für Kinder mit Behinderung, die eine Schule besuchen, besteht der Anspruch auf diese Leistung bis zum Abschluss des 24. Lebensjahres. Die Leistung beträgt 300 PLN (70 Euro) und ist einkommensunabhängig.

Familienleistungen in Tschechien

Wer hat Anspruch auf Kindergeld?

Der Anspruch auf Kindergeld beschränkt sich auf unterhaltsberechtignte Kinder, die in Familien leben, deren maßgebliches Einkommen unterhalb des 2,7fachen des Familienmindestbedarfs liegt. Maßgebend für den Anspruch ist das Einkommen im vorangegangenen Quartal einschließlich Elterngeld. Als Familien gelten in diesem Kontext Lebensgemeinschaften von Eltern und unterhaltsberechtignten Kindern, die im gemeinsamen Haushalt leben. Der Anspruch ist zeitlich begrenzt bis zum Ende der Schulpflicht (generell 15 Jahre), kann allerdings bis zum Alter von 26 Jahren bei fortdauernder Ausbildung oder Berufsausbildung oder falls das Kind aus wichtigen gesundheitlichen Gründen keine Erwerbstätigkeit ausüben oder an keiner Ausbildung teilnehmen kann, erweitert werden.

Wie hoch ist das Kindergeld?

Das Kindergeld ist eine an das Einkommen der Familie gekoppelte Leistung mit festgesetzten, nach Alter des Kindes abgestuften monatlichen Beträgen:

- 500 CZK für Kinder unter 6 Jahren,
- 610 CZK für Kinder zwischen 6 und 15 Jahren,
- 700 CZK für Kinder zwischen 15 und 26 Jahren.

Erzielte eine der Personen, deren Einkommen für die Beurteilung des Anspruchs mit herangezogen wird, im vorangegangenen Quartal Einkünfte aus nichtselbstständiger Erwerbstätigkeit mindestens in Höhe des persönlichen Mindestbedarfs für eine Person (2019: 3.410 CZK) oder Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit oder Einkünfte aus bestimmten Lohnersatzleistungen (z. B. Leistungen aus Krankengeld- oder Rentenversicherung, Arbeitslosengeld, Beihilfe zur Pflege, Elterngeld usw.), erhöht sich das Kindergeld für jedes unterhaltsberechtignte Kind um 300 CZK.

Wer hat Anspruch auf Elterngeld?

Personen mit ständigem Wohnsitz in der Tschechischen Republik, EU-Bürger oder andere Personen, die im Gesetz über die staatliche Sozialhilfe Nr. 117/1995 Slg. in der jeweils geltenden Fassung festgelegt sind. Ein Elternteil hat Anspruch auf Elterngeld, wenn er während des gesamten Kalendermonats persönlich und ganztätig das jüngste Kind bzw. Kinder (bei Mehrlingsgeburten) in der Familie ordnungsgemäß betreut. Dem Leistungsbezieher ist die Ausübung einer Erwerbstätigkeit in einem gewissen Umfang gestattet, wenn die Betreuung des Kindes bzw. der Kinder durch eine andere volljährige Person gewährleistet wird.

Wie hoch ist das Elterngeld?

Seit dem 1.1.2018 kam es beim Elterngeld zu einigen Änderungen. Das Elterngeld kann weiterhin bis zur Vollendung des 4. Lebensjahres des Kindes bzw. der Kinder bezogen werden, wobei die Gesamtsumme für dasselbe jüngste Kind mit 220.000 CZK begrenzt ist. Bei Mehrlingen beläuft sich der Gesamtbetrag auf 330.000 CZK. Für die Feststellung des Elterngeldanspruchs ist die Höhe der Tagesbemessungsgrundlage zur Feststellung des Mutterschaftsgeldes oder des Krankengeldes bei Aufnahme eines Kindes in Pflege nach dem Krankengeldversicherungsgesetz maßgeblich. Die Bemessungsgrundlage beträgt das 30fache der Tagesbemessungsgrundlage und richtet sich nach dem durchschnittlichen Bruttolohn in den letzten 12 Monaten. Ab dem 1.1.2018 gilt, dass das Elterngeld nicht mehr mit 11.500 CZK pro Monat begrenzt ist. Das Elterngeld kann in folgender Höhe gewählt werden:

- bis zu einer Höhe von 7.600 CZK monatlich, oder
- bis zu einer Höhe von 70 % der Bemessungsgrundlage (2019: max. 40.068 CZK) monatlich, wenn für mind. einen der Eltern zutrifft, dass 70 % seiner Bemessungsgrundlage über dem Betrag von 7.600 CZK liegen. Trifft dies für beide Eltern zu, wird von der höheren Bemessungsgrundlage ausgegangen. Die gewählte Höhe des Elterngeldes darf dabei 70 % der Bemessungsgrundlage nicht überschreiten.
- Bei Mehrlingen kann das Elterngeld bis zum 1,5fachen der vorgenannten Beträge, jedoch höchstens das 1,5fache der (höheren) Bemessungsgrundlage monatlich betragen.

Falls sich die Situation der Eltern ändert, kann der Bezugsmodus in einem gewissen Rahmen geändert bzw. angepasst werden. Außerdem dürfen Kinder ab 2 Jahren auch beim Bezug des Elterngeldes eine Kindertagesstätte ohne Einschränkung besuchen, bei Kindern unter 2 Jahren ist dies höchstens 46 Stunden pro Monat zulässig. Wird in der Familie ein weiteres Kind/Kinder geboren, erlischt der Anspruch auf Elterngeld für das ältere Kind/Kinder auch dann, wenn für das neu geborene Kind/Kinder sofort nach dessen Geburt ein Anspruch auf Elterngeldbezug in gleicher Höhe wie bis dato für das ältere Kind/Kinder besteht.

Bezog ein Elternteil für das jüngste Kind/Kinder in einem anderen Land eine mit dem (tschechischen) Elterngeld vergleichbare Leistung, wird die Summe der von dem anderen Staat ausgezahlten Leistungen auf den Gesamtbetrag von 220.000 CZK (330.000 CZK) angerechnet.

Eltern, die das Elterngeld nach der bis Ende 2017 geltenden Regelung beziehen, können eine Anpassung im Bezugsmodus beantragen. Insbesondere wenn sie Mehrlinge (die noch keine 4 Jahre alt sind) haben oder das Elterngeld schneller beziehen wollen, kann es für sie von Vorteil sein.

Wer hat Anspruch auf Geburtsbeihilfe?

Die Geburtsbeihilfe ist eine einmalige Leistung für Familien mit niedrigem Einkommen und steht einer Frau zu, die ihr erstes oder zweites Kind lebend geboren hat, oder einer Person, die ein bis zu einem Jahr altes Kind in Pflege aufgenommen hat, wenn das maßgebliche Familieneinkommen (ohne Eltern- und Kindergeld) in dem Quartal, das dem Quartal, in dem das Kind geboren oder in Pflege aufgenommen wurde, voranging, unterhalb des 2,7fachen des Familienmindestbedarfs lag. Hierbei handelt es sich um einen Festbetrag von 13.000 CZK für das erste sowie 10.000 CZK für das zweite Kind.

Krankenversicherung und Krankengeldversicherung

Als Grenzgänger sind Sie in dem Land versichert, in dem sie arbeiten. Falls Sie gleichzeitig in zwei Ländern arbeiten, müssen Sie sich im Wohnsitzland versichern. Zu beachten ist, dass es zwischen den drei Ländern Unterschiede bezüglich der Versicherungsarten gibt. Konkrete Informationen erhalten Sie auf den folgenden Seiten zu den Ländern.

Was sind Sachleistungen und Geldleistungen?

Sachleistungen umfassen beispielsweise ambulante und stationäre medizinische Behandlungen, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel sowie gegebenenfalls die Rückvergütung der Kosten für solche Leistungen.

Geldleistungen stellen einen Ausgleich für den Lohnausfall bei Krankheit (Krankengeld) und bei Mutterschaft (Mutterschaftsgeld/Wochengeld) dar.

Die gesetzliche Kranken- und Krankengeldversicherung umfasst sowohl Sachleistungen als auch Geldleistungen. Sachleistungen können grenzüberschreitend in Anspruch genommen werden. Für Geldleistungen gelten dagegen immer die Vorschriften des Versicherungslandes.

Was versteht man unter Sachleistungsaushilfe?

Darunter versteht man die Zusammenarbeit von Krankenversicherungen der verschiedenen Länder mit dem Ziel, den Versicherten grenzüberschreitend Sachleistungen zu gewähren. Wenn Arbeitnehmer im Erwerbsland versichert sind, können sie und ihre mitversicherten Angehörigen Sachleistungen im Staat des Wohnsitzes nach den dort geltenden Regeln in Anspruch nehmen. Wenn Arbeitnehmer im Wohnsitzland krankenversichert sind, wird ihnen grundsätzlich auch im Land, in dem sie arbeiten, Behandlung und Versorgung gewährt. Die Sachleistungsaushilfe greift jedoch nur, wenn Arbeitnehmer in einer gesetzlichen Krankenversicherung sind. Sind Arbeitnehmer bei einer Privatkrankenkasse bzw. zu einem Privattarif versichert, sollten sie sich informieren, ob sie Leistungen im jeweils anderen Land in Anspruch nehmen können.

Praktische Umsetzung der Sachleistungsaushilfe: Wenn Arbeitnehmer im Erwerbsland versichert sind und sie oder ihre Familie am Wohnort zum Arzt gehen oder sonstige medizinische Leistungen in Anspruch nehmen wollen, müssen sie sich vorher an ihre Krankenversicherung wenden und um Ausstellung des Formulars S1 bitten. Das Formular wird von der zuständigen Krankenversicherung im Wohnsitzland benötigt, damit diese mit dem Arzt, der Apotheke, dem Krankenhaus o.ä. abrechnen kann. Von der Krankenkasse am Wohnort erhalten Arbeitnehmer Krankenscheine. Sie können damit die gesetzlich vorgeschriebenen Sachleistungen im Land des Wohnsitzes beanspruchen, so als ob sie dort versichert wären.

Krankenversicherung für Arbeitslose und Rentner

Arbeitslose sind am Wohnort krankenversichert, wenn sie dort Leistungen der Arbeitslosenversicherung beziehen. Rentner sind in der Regel im Land, in dem Sie wohnen, krankenversichert. Wenn jedoch Rentner die Rente ausschließlich durch Erwerbstätigkeit im Ausland beziehen, müssen sie sich auch dort versichern. Dies sind allgemeine Richtlinien. Es empfiehlt sich, die Versicherungspflicht für den Einzelfall abklären zu lassen.

Krankenversicherung in Deutschland

In Deutschland wird zwischen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung unterschieden. In der Regel sind Arbeitnehmer in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert. Folgende Personengruppen können in die private Krankenversicherung wechseln: Abhängig Beschäftigte mit einem jährlichen Bruttoeinkommen von mindestens 60.750 Euro jährlich bzw. 5.062,50 Euro monatlich – Pflichtversicherungsgrenze –, Freiberufler, Selbstständige und Beamte. Gesetzlich Versicherte haben auch die Möglichkeit, eine private Zusatzversicherung abzuschließen, die Zusatzleistungen zur gesetzlichen Krankenversicherung abdeckt. Informationen über die Leistungen der privaten Krankenversicherung erhält man bei den jeweiligen Krankenversicherungen.

Die folgenden Informationen beziehen sich ausschließlich auf die gesetzliche Krankenversicherung.

Die Versicherten bekommen von ihrer Krankenversicherung eine Versicherungskarte (Chipkarte), mit der sie sämtliche ärztliche Leistungen nutzen können. Die Leistungen aus der deutschen Krankenversicherung können von Grenzgängern sowohl in Deutschland als auch in Polen und Tschechien in Anspruch genommen werden.

Krankengeld

Sind Sie als Arbeitnehmer arbeitsunfähig erkrankt, bezahlt Ihnen in der Regel zunächst Ihr Arbeitgeber Ihren Lohn weiter (Lohnfortzahlung im Krankheitsfall – siehe Informationen zu „Arbeitsrecht“). Anschließend haben gesetzlich Krankenversicherte im Rahmen der Krankenbehandlung Anspruch auf Krankengeld, wenn sie arbeitsunfähig sind oder sie auf Kosten der Krankenkassen stationär in einem Krankenhaus (Krankenhausbehandlung) oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (Kuren) behandelt werden. Das Krankengeld beträgt 70 % des vor der Krankheit erzielten Bruttoeinkommens, maximal 90 % des Nettoeinkommens. Das Krankengeld beträgt im Jahr 2019 bis zu 105,88 Euro kalendertäglich. Vom Krankengeld sind Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung zu zahlen. Einige Arbeitgeber zahlen einen Zuschuss zum Krankengeld und gleichen damit die Differenz zum Nettoarbeitsentgelt aus. Fragen Sie bei Ihrem Arbeitgeber nach, ob er einen solchen Zuschuss zahlt. Für den Fall der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit ist das Krankengeld auf längstens 78 Wochen innerhalb von drei Jahren begrenzt. Nach Beginn eines neuen Dreijahres-Zeitraumes besteht wegen derselben Krankheit ein erneuter Anspruch auf Krankengeld, wenn der mit Krankengeldanspruch Versicherte in der Zwischenzeit mindestens sechs Monate wegen dieser Krankheit nicht arbeitsunfähig und erwerbstätig war bzw. der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stand.

Kinderkrankengeld

Sie bekommen Kinderkrankengeld von der Krankenkasse wenn, Sie berufstätig sind und kein Arbeitsentgelt von Ihrem Arbeitgeber erhalten, Ihr Kind gesetzlich versichert ist, Ihr Kind jünger als zwölf Jahre oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist, es in Ihrem Haushalt niemanden gibt, der an Ihrer Stelle Ihr Kind pflegen kann, Sie selbst als Arbeitnehmer einen Anspruch auf Krankengeld haben und ein Arzt bescheinigt, dass Sie Ihr krankes Kind beaufsichtigen, betreuen oder pflegen müssen.

Ihr Arbeitgeber ist grundsätzlich verpflichtet, Sie in dieser Zeit freizustellen und Ihr Gehalt weiterzuzahlen. In diesem Fall zahlt die Krankenkasse kein Kinderkrankengeld. Zahlt der Arbeitgeber kein Gehalt, zum Beispiel, weil der Tarifvertrag das so regelt oder Ihr Arbeitsvertrag diese Regelung enthält, erhalten Sie Krankengeld von der Krankenkasse. Die Höhe entspricht dem Krankengeld (siehe oben).

Für jedes Kind können Sie bis zu zehn Arbeitstage Kinderkrankengeld pro Kalenderjahr erhalten. Sowohl die Mutter als auch der Vater haben einen Anspruch darauf, wenn beide berufstätig sind. Pro Kind also zusammen bis zu 20 Arbeitstage. Alleinerziehende haben einen Anspruch auf bis zu 20 Arbeitstage pro Kind. Wenn Sie mehr als zwei Kinder haben, können Sie und der andere Elternteil jeweils bis zu 25 Arbeitstage im Jahr Kinderkrankengeld erhalten. Bei Alleinerziehenden mit mehr als zwei Kindern sind es bis zu 50 Arbeitstage. Insgesamt sind damit bis zu 50 Arbeitstage pro Familie abgesichert.

Freie Arztwahl

Grundsätzlich können Versicherte jeden Arzt bzw. jede Ärztin ihres Vertrauens aufsuchen. Achtung: Bei Arbeitsunfällen sollten Sie Ihrem behandelnden Arzt in jedem Fall mitteilen, dass es sich um einen Arbeitsunfall handelt. Für Unfälle bei der Arbeit und sogenannte Wegeunfälle liegt die Zuständigkeit nicht bei der Krankenkasse, sondern bei der Unfallversicherung. Wenn Sie einen Arbeits- oder Wegeunfall hatten, sollte die erste Behandlung möglichst durch einen sogenannten Durchgangsarzt erfolgen. Der Durchgangsarzt, entscheidet auch, ob Sie sich weiter von ihm behandeln lassen müssen oder ob Sie im Anschluss zu einem anderen Arzt gehen können. Siehe dazu Informationen zu „Unfallversicherung“

Zuzahlung zu Medikamenten

Versicherte unter 18 Jahren müssen zu Medikamenten nichts zuzahlen. Versicherte ab 18 Jahren müssen pro Medikament 10 % des Preises selbst bezahlen, jedoch mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro. Wenn das Medikament weniger als 5 Euro kostet, muss nur der tatsächliche Preis in voller Höhe bezahlt werden. Dazu kommt, dass Sie nicht mehr als 2 % Ihres Bruttoeinkommens pro Jahr für Medikamente (und andere Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, die mit Zuzahlungen verbunden sind) ausgeben müssen. Daher lohnt es sich, Quittungen und Belege aufzuheben, um sie gegebenenfalls am Jahresende einreichen zu können. Falls eine schwerwiegende (chronische) Erkrankung vorliegt, muss der Versicherte nur 1 % des jährlichen Bruttoeinkommens für Zuzahlungen aufwenden. Ob eine schwerwiegende Erkrankung vorliegt, entscheidet die Krankenkasse. Informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse über die Kriterien.

Pflege und Therapie

Folgende Leistungen können Sie nach Beantragung bei der Krankenkasse bzw. durch ärztliche Verordnung beanspruchen, wobei Sie jeweils einen Teil der Kosten selbst übernehmen müssen (Eigenbeteiligung):

- Krankenhausbehandlung: Bis zum 28. Tag einer Krankenhausbehandlung im Jahr beträgt die Eigenbeteiligung für Versicherte ab dem 18. Lebensjahr 10 Euro je Kalendertag, höchstens jedoch 280 Euro in einem Jahr. Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren zahlen keine Eigenbeteiligung. Die Eigenbeteiligung wird vom Versicherten direkt an das behandelnde Krankenhaus gezahlt.
- Krankenpflege und Heilmittel (außerhalb eines Krankenhauses): Erwachsene zahlen 10 % der Kosten sowie zehn Euro je Verordnung für die von Logopäden, Krankengymnasten, Masseurinnen und Ergotherapeuten erbrachten Leistungen. Die Zuzahlung ist hier – wie bei den Medikamenten – auf 2 % bzw. 1 % des jährlichen Bruttoeinkommens begrenzt. Auskünfte über weitere Leistungen erteilen die entsprechenden Krankenkassen.

Medizinische Vorsorge und Rehabilitation

Die Krankenkasse übernimmt die Kosten, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger (z. B. Rentenversicherung) dafür aufkommt. Hier gilt eine Zuzahlung von zehn Euro täglich für die gesamte Dauer. Bei einer Anschlussrehabilitation z.B. an einen Krankenhausaufenthalt zehn Euro täglich für maximal 28 Tage. Dabei sind die Tage im Krankenhaus und in der Rehabilitationseinrichtung zusammenzurechnen.

Hilfsmittel

Hilfsmittel sind z. B. Einlagen, Gehhilfen, Rollstühle etc. Bei den Hilfsmitteln gilt eine Zuzahlung von zehn Prozent des Preises, der von der Krankenkasse übernommen wird, mindestens fünf Euro und höchstens zehn Euro je Hilfsmittel.

Fahrtkostenersatz

Bei medizinisch notwendigen Fahrtkosten (Verlegungsfahrt/Rettungsfahrt) und Fahrten zu einer ambulanten Behandlung (z. B. Dialyse) beträgt die Zuzahlung zehn Prozent der Kosten pro Fahrt, mindestens fünf Euro und höchstens zehn Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten pro Fahrt. Diese Zuzahlungen gelten auch für unter 18-Jährige.

Zahnersatz

Die Kosten des Zahnersatzes werden von den Krankenkassen nur zum Teil in Form eines befundbezogenen Festzuschusses übernommen. Der Versicherte erhält einen festen Betrag, der von der Art des Zahnersatzes unabhängig ist. Er hat Wahlfreiheit, welche Art von Zahnersatz er möchte.

Pflegeversicherung

Arbeitnehmer in Deutschland müssen zusätzlich zu den Krankenversicherungsbeiträgen immer auch Beiträge zur Pflegeversicherung leisten. Um Pflegeleistungen voll in Anspruch nehmen zu können, müssen Sie in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung zwei Jahre in die Pflegekasse als Mitglied eingezahlt haben oder familienversichert gewesen sein. Bei der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen in Polen oder Tschechien erhalten Sie Sachleistungen über die Sachleistungsaushilfe (siehe Krankenversicherung). Pflegegeldleistungen erhalten Sie im Bedarfsfall von der deutschen Pflegeversicherung.

Entsprechend des Grads ihrer noch vorhandenen Selbstständigkeit werden die Pflegebedürftigen einem von fünf Pflegegraden zugeordnet. Je nach Pflegegrad unterscheidet sich auch die Höhe der Leistungen. Der Zuordnung liegt ein Gutachten vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) zu Grunde. Der Versicherte hat die Möglichkeit, gegen die Entscheidung seiner Pflegekasse Widerspruch einzulegen.

Informationen in unterschiedlichen Sprachen zur Pflegebegutachtung finden Sie hier: <https://www.mdk-sachsen.de/start.html>

Hinweis: Die Zuordnung nach dem Grad der Selbstständigkeit zu den fünf Pflegegraden gilt seit 1.1.2017. Bis dahin galt die Zuordnung nach dem zeitlichen Umfang des Hilfebedarfs zu drei Pflegestufen. Wenn bereits eine Pflegestufe vorlag, erfolgt der Übergang in den Pflegegrad automatisch. Sie müssen keinen neuen Antrag einreichen.

Der Grad der Selbstständigkeit wird anhand folgender Bereiche bewertet: Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte.

Je nach Einschränkung, werden bei der Begutachtung Punkte vergeben. Je höher die Einschränkung, desto höher die Punktzahl und desto höher der Pflegegrad.

Pflegegrad 1:

Geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (12,5 bis unter 27 Punkte)
Die Leistungen betragen 2019 monatlich: bei vollstationärer Pflege 125 Euro. Bei häuslicher Pflege sind in diesem Pflegegrad keine Pflegesachleistungen und kein Pflegegeld vorgesehen.

Pflegegrad 2:

Erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (27 bis unter 47,5 Punkte)
Die Leistungen betragen 2019 monatlich: bei vollstationärer Pflege 770 Euro; bei häuslicher Pflege für Pflegesachleistungen bis zu 689 Euro oder Pflegegeld 316 Euro.

Pflegegrad 3:

Schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (47,5 bis unter 70 Punkte)
Die Leistungen betragen 2019 monatlich: bei vollstationärer Pflege 1.262 Euro; bei häuslicher Pflege für Pflegesachleistungen bis zu 1.298 Euro oder Pflegegeld 545 Euro.

Pflegegrad 4:

Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (70 bis unter 90 Punkte)

Die Leistungen betragen 2019 monatlich: bei vollstationärer Pflege 1.775 Euro; bei häuslicher Pflege für Pflegesachleistungen bis zu 1.612 Euro oder Pflegegeld 728 Euro.

Pflegegrad 5:

Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung (90 bis 100 Punkte)

Die Leistungen betragen 2019 monatlich: bei vollstationärer Pflege 2.005 Euro; bei häuslicher Pflege für Pflegesachleistungen bis zu 1.995 Euro oder Pflegegeld 901 Euro.

Weitere Informationen zu weiteren Betreuungsleistungen, den Geld- und Sachleistungen sowie zur Kombination von Pflegesachleistungen und Pflegegeld erhalten Sie unter www.bmg.bund.de

Krankenversicherung und Krankengeldversicherung in Polen

Eine Besonderheit des polnischen Sozialversicherungssystems ist die Trennung der Krankengeldversicherung und der Krankenversicherung. Aus der Krankengeldversicherung werden Geldleistungen im Falle von Erkrankung und von Mutterschaft, die nach Maßgabe des Gesetzes vom 25. Juni 1999 geregelt werden, bewilligt. Personen, die dieser Sozialversicherung (d. h. der Krankengeldversicherung) unterliegen, haben Anspruch auf Krankengeld, Rehabilitationsleistungen, Ausgleichszahlungen, Mutterschaftsgeld und Pflegegeld.

Die Krankengeldversicherung ist für Arbeitnehmer, Mitglieder landwirtschaftlicher Produktionsgenossenschaften und genossenschaftlicher Landwirtschaftskreise sowie für Wehrersatzdienstleistende obligatorisch. Freiwillig ist die Versicherung für den Krankheitsfall unter anderem für Selbstständige, Personen, die in Heimarbeit beschäftigt sind, und für Personen, die auf Grundlage eines Agenturvertrags, eines Werkvertrags oder eines anderen Vertrags über die Erbringung von Dienstleistungen tätig sind.

Krankengeld

Versicherte erlangen Anspruch auf Krankengeld nach Ablauf von 30 Tagen des ununterbrochenen Bestehens einer Krankengeldversicherung – im Fall der Pflichtversicherung bzw. 90 Tagen des ununterbrochenen Bestehens einer Krankengeldversicherung – im Fall der freiwilligen Versicherung.

Der Anspruch auf Krankengeld besteht nicht länger als für 182 Tage bzw. im Falle von Erwerbsunfähigkeit aufgrund von Tuberkulose oder während der Schwangerschaft nicht länger als für 270 Tage.

Das monatliche Krankengeld beträgt:

- 80 % der Bemessungsgrundlage,
- 70 % der Bemessungsgrundlage für die Dauer von Krankenhausaufenthalten (80 % für Arbeitnehmer ab 50 Jahren vom 15. bis zum 33. Berufsunfähigkeitstag im Kalenderjahr),

- 100 % der Bemessungsgrundlage, falls die Erwerbsunfähigkeit während einer Schwangerschaft eintritt, durch einen Wegeunfall oder durch eine notwendige ärztliche Untersuchung ausgelöst wird, die für potenzielle Spender sowie Empfänger von Zellen, Gewebe und Organen vorgesehen ist.

Die Bemessungsgrundlage des Krankengeldes für Arbeitnehmer bildet die durchschnittliche monatliche Vergütung in den dem Eintritt der Erwerbsunfähigkeit vorangegangenen 12 Kalendermonaten. Grundlage für die Zahlung von Krankengeld ist ein entsprechendes ärztliches Gutachten, ausgestellt auf dem Vordruck des polnischen Sozialversicherungsträgers (ZUS ZLA), das dem Arbeitgeber innerhalb von sieben Tagen nach Erhalt vorgelegt werden muss. Die Bemessungsgrundlage des Krankengeldes für Versicherte, die keine Arbeitnehmer sind, bildet die Beitragsbemessungsgrundlage in den dem Eintritt der Erwerbsunfähigkeit vorangegangenen 12 Kalendermonaten.

Der Anspruch auf Krankengeld während einer Erwerbsunfähigkeit besteht nicht für Zeiten, in denen der Versicherte aufgrund bestimmter Vergütungsvorschriften weiterhin Anspruch auf Vergütung hat. Der Anspruch auf Krankengeld besteht gleichfalls nicht für Zeiten der Erwerbsunfähigkeit während unbezahlten Urlaubs, Erziehungsurlaubs sowie Untersuchungshaft oder der Verbüßung einer Freiheitsstrafe.

Rehabilitationsleistung

Die Rehabilitationsleistung gilt für Versicherte, die den Anspruch auf Krankengeld ausgeschöpft haben, aber noch nicht in der Lage sind zu arbeiten und die eine weitere Behandlung oder Rehabilitation zur Vollendung der Heilung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit prognostiziert bekommen. Diese Leistung wird für den Zeitraum gewährt, der zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit notwendig ist, jedoch nicht mehr als 12 Monate beträgt. Über die Gewährung der Rehabilitationsleistung entscheidet ein Gutachterarzt der Sozialversicherungsanstalt (ZUS) oder, falls es sich um eine Beschwerde handelt, der Ärzteausschuss von ZUS. Die Rehabilitationsleistung ist nicht zulässig für Personen, die Anspruch auf eine Altersrente, Erwerbsunfähigkeitsrente, Arbeitslosengeld, Vorruhestandsgeld oder auf Gesundheitsurlaub haben.

Die Rehabilitationsleistung beträgt 90 % der Bemessungsgrundlage des Krankengeldes für die ersten 90 Tage des Leistungsbezugs und falls die Arbeitsfähigkeit in die Zeit der Schwangerschaft fällt, wird die Leistung in Höhe von 100 % der Bemessungsgrundlage für Krankengeld gezahlt. In sonstigen Fällen beträgt diese Leistung 75 % dieser Bemessungsgrundlage.

Betreuungsgeld

Betreuungsgeld wird gewährt, falls es erforderlich ist, zur persönlichen Pflege von:

- einem Kind im Alter von bis zu 8 Jahren im Falle:
 - unerwarteter Schließung der Kinderkrippe, des Kindergartens oder der Schule, die das Kind besucht,
 - Niederkunft oder Erkrankung des Ehegatten des Versicherten, der das Kind ständig betreut, wenn die Niederkunft oder Krankheit dieser Person es verhindert, das Sorgerecht auszuüben,

- des Aufenthalts des Versicherten, der das Kind ständig betreut, in einer Einrichtung des Gesundheitswesens.
- einem kranken Kind von bis zu 14 Jahren,
- einem weiteren kranken Familienmitglied (Ehepartner, Eltern, Schwiegereltern, Großeltern, Enkel, Geschwister und Kinder über 14 Jahre), wenn sie sich in einem gemeinsamen Haushalt mit dem Versicherten während der Dauer der Krankenpflege befinden.

Ist der Pflegebedürftige ein gesundes Kind von unter 8 Jahren oder ein krankes Kind von unter 14 Jahren, so kann das Pflegegeld für bis zu 60 Tage pro Kalenderjahr beantragt werden. Ist der Pflegebedürftige ein anderes Mitglied der Familie oder ein Kind von über 14 Jahren, so wird das Pflegegeld für einen Zeitraum von höchstens 14 Tagen pro Kalenderjahr gezahlt. Pflegegeld wird nur gewährt, wenn es keine anderen Familienmitglieder gibt, die ein Kind betreuen können. Diese Regel gilt nicht im Falle eines kranken Kindes von bis zu 2 Jahren.

Das monatliche Betreuungsgeld beträgt 80 % der Basis-Vergütung.

Freie Arztwahl

Versicherte sind berechtigt, sich bei einem frei gewählten Allgemeinarzt (medizinische Grundversorgung) zu registrieren, der einen Vertrag mit einem regionalen Nationalen Gesundheitsfonds geschlossen hat. Zweimal im Jahr besteht die Möglichkeit eines Arztwechsels.

Zuzahlung zu Medikamenten

In einer offiziellen Arzneimittelliste werden Arzneimittel in 4 Klassen eingestuft:

- Medikamente, die bis zu einem Limit unentgeltlich ausgehändigt werden,
- Medikamente, die bis zu einem Limit gegen eine Pauschalgebühr ausgehändigt werden; die Pauschalgebühr kann bei höchstens 0,5 % des Mindestlohns liegen,
- Medikamente, die gegen die Zahlung von 30 % des Preises ausgehändigt werden
- Medikamente, die gegen die Zahlung von 50 % des Preises ausgehändigt werden.

Sonstige Medikamente sind voll vom Versicherten zu zahlen. Medikamente in Krankenhäusern sind kostenfrei.

Hilfsmittel

Der Gesundheitsminister legt die Obergrenze für die Übernahme der Kosten für Heil- und Hilfsmittel fest. Die Kosten der Prothesen, Hörhilfen und Rollstühle werden bis zum festgelegten Limit erstattet. Der Erwerb von Brillengläsern wird mit maximal 50 PLN pro Linse für Personen von unter 18 Jahren und 35 PLN für Erwachsene bezuschusst.

Fahrtkostenersatz

Es besteht kein Anspruch auf Fahrtkostenersatz. Macht aber der Gesundheitszustand regelmäßige Krankenhausbehandlungen außerhalb des Wohnortes erforderlich, bei denen keine Krankenhausaufnahme notwendig ist, ist der Leistungserbringer verpflichtet, dem Leistungsnehmer eine Unterkunft und den Transport von dieser Unterkunft zum Krankenhaus unentgeltlich sicherzustellen.

Zahnersatz

Kosten für Zahnersatz werden von der Versicherung einmal alle 5 Jahre erstattet.

Pflegeversicherung

In Polen existiert keine Pflegeversicherung. Es gibt aber verschiedene Leistungen für Pflegende und Pflegebedürftige.

Pflegezulage: Leistung an Personen mit Anspruch auf eine Alters-, Invaliditäts- oder Hinterbliebenenrente, die vollständig erwerbsunfähig und auf fremde Hilfe angewiesen sind oder die das 75. Lebensjahr vollendet haben. Die Zulage beträgt monatlich PLN 215,84 (50 Euro) (Anpassung analog zu Renten).

Pflegegeld: wird Personen gewährt, die unfähig sind, selbstständig zu leben und beträgt 184,42 PLN (43 Euro) monatlich.

Pflegeleistung: ist an Personen gerichtet, die auf ihre Erwerbstätigkeit verzichten, um eine Person mit Behinderung zu pflegen. Die Behinderung muss aber spätestens bis zur Vollendung des 18. bzw. 25. Lebensjahres entstanden sein. Die Leistung liegt 2019 bei 1.538 PLN (358 Euro) netto monatlich.

Kranken- und Krankengeldversicherung in Tschechien

Eine Besonderheit des tschechischen Sozialversicherungssystems besteht darin, dass die **Krankengeldversicherung** und die **Krankenversicherung** (wörtlich übersetzt: „Gesundheitsversicherung“) zwei gesonderte Systeme sind. In der Krankenversicherung sind alle pflichtversichert, darunter alle in Tschechien abhängig Beschäftigten. Alle sind in einem System der so genannten allgemeinen Krankenversicherung versichert. Für Zusatzleistungen kann eine private Krankenversicherung abgeschlossen werden. In der Krankengeldversicherung sind grundsätzlich alle abhängig Beschäftigten pflichtversichert.

Krankengeld aus der Krankengeldversicherung

Anspruch auf Krankengeld besteht grundsätzlich ab dem 15. Kalendertag einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit. Das Krankengeld wird pro Kalendertag gezahlt. Die Dauer des Bezugszeitraums beträgt höchstens 380 Kalendertage ab Entstehungszeitpunkt der vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit bzw. der Anordnung einer Quarantäne, sofern nicht anders festgelegt wird.

Die Höhe des Krankengeldes pro Kalendertag beträgt:

- 60 % der reduzierten Tagesbemessungsgrundlage ab dem 15. bis zum 30. Kalendertag,
- 66 % vom 31. bis zum 60. Kalendertag sowie
- 72 % ab dem 61. Kalendertag der vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit bis zum Ende des Bezugszeitraums.

Die reduzierte Tagesbemessungsgrundlage wird berechnet, indem von den durchschnittlichen sozialversicherungspflichtigen Einnahmen pro Tag (= Tagesbemessungsgrundlage)

- 90 % des Betrags bis zur ersten Kappungsgrenze in Höhe von 1.090 CZK zuzüglich
- 60 % des darüber liegenden Betrags bis zur zweiten Kappungsgrenze in Höhe von 1.635 CZK zuzüglich
- 30 % des zwischen der zweiten und der dritten Kappungsgrenze in Höhe von 3.270 CZK liegenden Betrags bei Krankengeld, der Beihilfe zur Pflege sowie des Pflegeunterstützungsgeldes für Langzeitpflegesituationen angerechnet werden.

Der über die dritte Kappungsgrenze hinausgehende Betrag bleibt dabei unberücksichtigt.

Die Höhe der ab dem 1.1. des jeweiligen Kalenderjahres gültigen Kappungsgrenzen wird vom Ministerium für Arbeit und Soziales durch Veröffentlichung im Gesetzesblatt bekannt gegeben.

Keinen Anspruch auf Krankengeld haben z. B. Versicherte, die ihre vorübergehende Arbeitsunfähigkeit vorsätzlich herbeigeführt haben, sowie Versicherte, denen während ihrer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit oder der angeordneten Quarantäne Anspruch auf Bezug der Altersrente entstanden ist, sofern die versicherte Tätigkeit vor dem Tag beendet wurde, ab dem der Anspruch auf Bezug der Altersrente entstanden ist. In diesem Falle erlischt der Krankengeldanspruch am letzten Tag vor dem Kalendertag, ab dem dem Versicherten Anspruch auf Altersrente entstanden ist.

Andere Leistungen aus der Krankengeldversicherung

Die **Beihilfe zur Pflege** steht Arbeitnehmern zu, die ein krankes Kind oder ein erwachsenes Mitglied ihrer Haushaltsgemeinschaft pflegen oder die in bestimmten Fällen auch ein gesundes Kind unter 10 Jahren betreuen (z.B. wenn die Schule wegen einer Epidemie unerwartet vorübergehend geschlossen werden musste usw.). Bedingungen: gemeinsamer Haushalt mit der betroffenen Person (außer bei Kindern unter 10 Jahren) und keine andere Person für die Pflege bzw. Betreuung verfügbar.

Maximale Bezugsdauer:

- 9 Kalendertage pro Einzelfall,
- 16 Kalendertage für alleinerziehende Beschäftigte, die für mindestens ein schulpflichtiges Kind im Alter bis 16 Jahren sorgen.

Es gibt keine Karenzzeit. Die Höhe beträgt 60 % der Tagesbemessungsgrundlage.

Seit dem 1.6.2018 wurde eine neue Krankengeldversicherungsleistung – das sog. **Pflegeunterstützungsgeld für Langzeitpflegesituationen** – eingeführt. Diese steht dem Pflegenden zu und ist an Bedingungen geknüpft.

Der Gesundheitszustand des zu Pflegenden muss sich derart gravierend verschlechtern, dass dadurch seine stationäre Behandlung im Krankenhaus von mindestens 1 Woche erforderlich wird. Bei seiner Entlassung muss dem zu Pflegenden zudem ein mindestens 30 weitere Tage andauernder Bedarf an Rund-um-die-Uhr-Betreuung und -Pflege bescheinigt werden. Außerdem muss er seine Einwilligung zur Pflege durch eine oder ggf. mehrere konkrete Personen schriftlich erteilen.

Bei dem Pflegenden muss es sich um einen nahen Angehörigen des zu Pflegenden (einschl. Lebenspartner) oder eine ihm nahe stehende und mit ihm im gemeinsamen Haushalt lebende Person handeln. Ist der Pflegende ein Arbeitnehmer, muss er in den letzten 4 Monaten mindestens 90 Tage krankengeldversichert gewesen sein und darf während der Pflegefreistellung keine Erwerbstätigkeit ausüben. Der Bezugszeitraum, in dem die Leistung gezahlt wird, beträgt max. 90 Kalendertage. In dieser Zeit dürfen sich auch mehrere Pflegende bei der Pflege des zu Pflegenden tageweise abwechseln. Für die Zeit der eventuellen erneuten Aufnahme des zu Pflegenden in stationäre Behandlung im Krankenhaus erhält der Pflegende keine Leistung. Ein erneuter Anspruch auf das Pflegeunterstützungsgeld für Langzeitpflegesituationen besteht bei dem Versicherten (d. h. dem Pflegenden) erst nach Ablauf von 12 Monaten nach Ende der vorangegangenen Pflegefreistellung mit entsprechendem Leistungsbezug.

Sofern dem keine betrieblichen Gründe entgegenstehen, ist der Arbeitgeber zur Freistellung des pflegenden Arbeitnehmers verpflichtet.

Das Pflegeunterstützungsgeld für Langzeitpflegesituationen beträgt 60 % der Tagesbemessungsgrundlage.

Von der Krankenversicherung bezahlte Leistungen der Gesundheitsversorgung

- Vorsorge
- ambulante und stationäre Heilbehandlung, einschließlich diagnostischer Untersuchungen, Rehabilitation und Langzeitbetreuung chronisch Kranker
- Arznei- und medizinische Hilfsmittel
- Rettungs- und Notfalldienst
- zahnärztliche Behandlung
- Patienten-Transport einschließlich Fahrtkostenersatz
- Kurbehandlung

Kosten für zahnärztliche Behandlung werden aus der allgemeinen Krankenversicherung lediglich in einem festgelegten Umfang bezahlt. In vielen Fällen (z. B. Materialien, die nicht im Standardkatalog enthalten sind) müssen die Behandlungskosten von den Versicherten selbst getragen werden. Bei dem Leistungserbringer muss es sich zudem um einen Vertragspartner der jeweiligen Krankenkasse handeln.

Freie Arztwahl

Versicherte haben grundsätzlich das Recht auf freie Arztwahl. Bei den sog. registrierenden Ärzten, die für die primäre ambulante Versorgung verantwortlich sind (z. B. Allgemeinmediziner/Hausärzte, Kinderärzte, Zahnärzte und Frauenärzte) ist ein Wechsel in der Regel nur alle drei Monate möglich, ansonsten jederzeit.

Wegen der Erstattung der Behandlungskosten ist es jedoch wichtig zu beachten, dass der behandelnde Arzt einen Vertrag mit der jeweiligen Krankenkasse abgeschlossen hat.

Zuzahlungen und Gebühren

Kosten für viele Heil- und Hilfsmittel werden nur bis zu einer gewissen Höhe oder ggf. gar nicht erstattet. Daher ist oft eine Zuzahlung durch die Versicherten erforderlich.

Für Zuzahlungen gilt eine Obergrenze von 5.000 CZK (1.000 CZK für Kinder unter 18 Jahren sowie Versicherte über 65 Jahre und 500 CZK für Versicherte über 70 Jahre) pro Kalenderjahr.

Versicherte müssen außerdem Gebühren in Höhe von 90 CZK für ärztlichen oder zahnärztlichen Notdienst zahlen, es sei denn, der behandelnde Arzt kommt zu dem Schluss, dass der Zustand des Versicherten seine Einweisung zur stationären Behandlung erfordert. Bestimmte Patientengruppen (z. B. Bezieher von Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt) sind von den Gebühren befreit.

Fahrtkostenersatz

Von den Krankenkassen werden sowohl die Kosten für Rettungsfahrten als auch medizinisch notwendige Kosten für Krankentransport sowie Fahrten mit privatem Fahrzeug zur Behandlung übernommen. Die entsprechenden Formulare sind in beiden letztgenannten Fällen vom behandelnden Arzt auszufüllen. Fahrtkosten für Anreise mit öffentlichen Verkehrsmitteln werden nicht erstattet.

Zahnersatz

Die Kosten des Zahnersatzes werden von den Krankenkassen nur für bestimmte Zahnersatzarten in entsprechenden Zeitabständen übernommen, bei unter 18-Jährigen in der Regel ohne zeitliche Einschränkung. Die Krankenkassen zahlen grundsätzlich nur einen für die Standardausführung des jeweiligen Zahnersatzes festgelegten Festbetrag. Deshalb ist in vielen Fällen eine Eigenbeteiligung der Versicherten erforderlich.

Weitere Informationen zur Krankenversicherung (ohne Krankengeldversicherung) finden Sie auch auf der Webseite der nationalen Kontaktstelle für grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung (Kancelář zdravotního pojištění) www.kancelarzp.cz.

Pflegebedürftigkeit

Notwendige Gesundheitsleistungen werden vom öffentlichen Krankenversicherungssystem gezahlt, unabhängig davon, ob es sich um Pflegebedürftigkeit handelt, oder nicht. Pflegeleistungen werden vom Staat (Pflegegeld) und aus den Zuschüssen des Staates und der Regionen an die Leistungserbringer finanziert.

Grundprinzipien: Die Langzeitpflege erfolgt nicht im Rahmen eines eigenständigen Systems (wie in Deutschland im Falle der Pflegeversicherung), sondern einerseits als Teil des Gesundheitswesens im Zuständigkeitsbereich des Gesundheitsministeriums und andererseits im System der sozialen Dienstleistungen, für die das Ministerium für Arbeit und Soziales zuständig ist. Beide Systeme haben ihre eigenen gesetzlichen Regelungen, voneinander unabhängige Zulassungs- und Qualitätskriterien und unterschiedliche Finanzierungsmethoden.

Anwendungsbereich: Die Zielgruppe für Pflege besteht aus älteren Menschen, Menschen mit Behinderung und chronisch Kranken, deren Selbsthilfefähigkeit und Selbstständigkeit eingeschränkt sind. Pflegegeld wird an pflegebedürftige Personen gezahlt. Der Betrag wird an dem Bedarf an Pflege durch andere Personen für mehr als ein Jahr bemessen: Pflegestufen I bis IV, mit unterschiedlichen Bedingungen für Erwachsene und Kinder.

Pflegestufen: 4 Stufen der Bedürftigkeit (Pflegestufen): leichte, mittelschwere, schwere und völlige (Pflege-)Bedürftigkeit aufgrund eines langfristig beeinträchtigten Gesundheitszustandes.

Dauer der Leistungen: Keine Begrenzung

Begutachtung: Die Bedürftigkeit von Anspruchsberechtigten wird durch einen Sozialarbeiter der zuständigen Bezirkszweigstelle des Arbeitsamtes und anschließend durch die zuständige Kreisverwaltung der Sozialversicherungsanstalt beurteilt. Auf der Grundlage der Beurteilung erlässt die Bezirkszweigstelle des Arbeitsamtes die Entscheidung darüber, ob das Pflegegeld bewilligt, oder nicht bewilligt wird.

Sachleistungen:

- Pflege im Haushalt (familiäre Pflege, mobile oder ambulante Pflegedienste)
- Teilstationäre Pflege (Tages- und Wochenpflegeeinrichtungen, Entlastungspflege)
- Vollstationäre Pflege (Pflege-/Seniorenheime, Einrichtungen für Behinderte, Suchtkranke usw.)

Geldleistungen:

Das Pflegegeld ist zur Deckung der Ausgaben für Pflege und Betreuung des Pflegebedürftigen bestimmt. Für die Auszahlung ist die zuständige Bezirkszweigstelle des Arbeitsamtes zuständig. Diese prüft auch seine ordnungsgemäße und zweckgerechte Verwendung.

- | | |
|---|---|
| • Pflegegeld an Pflegebedürftige unter 18 Jahren (pro Monat): | • Pflegegeld für Pflegebedürftige über 18 Jahren (pro Monat): |
| - Stufe I: 3.300 CZK | - Stufe I: 880 CZK |
| - Stufe II: 6.600 CZK | - Stufe II: 4.400 CZK |
| - Stufe III: 9.900 CZK | - Stufe III: 8.800 CZK |
| - Stufe IV: 13.200 CZK | - Stufe IV: 13.200 CZK |

Das Pflegegeld kann sich um 2.000 CZK pro Monat erhöhen, wenn es sich bei dem Anspruchsberechtigten:

- um ein unterhaltberechtigtes Kind unter 18 Jahren oder um einen Elternteil, der für ein unterhaltberechtigtes Kind unter 18 Jahren sorgt, handelt und zugleich das maßgebliche Einkommen des Anspruchsberechtigten und der Personen, deren Einkommen für die Beurteilung des Anspruchs mit herangezogen wird, unter dem Zweifachen ihres Mindestbedarfs liegt,
- um ein unterhaltsberechtigtes Kind im Alter von 4 bis 7 Jahren mit Pflegestufe III oder IV handelt.

Für 2019 ist eine Erhöhung des Pflegegeldes für Pflegebedürftige mit Pflegestufe III um 4.000 CZK und für Pflegebedürftige mit Pflegestufe IV um 6.000 CZK geplant, allerdings noch nicht endgültig von beiden Parlamentskammern beschlossen.

Rentenversicherung

Wo bin ich versicherungspflichtig?

Als Grenzgänger unterliegen Sie grundsätzlich der Versicherungspflicht im Beschäftigungsstaat.

Von welchem Staat erhalte ich meine Rente?

Sie erhalten eine Rente aus allen Ländern, in denen sie länger als ein Jahr Beiträge gezahlt haben. Aus jedem dieser Länder erhalten Sie eine Teilrente, für deren Berechnung die Beiträge und Versicherungszeiten im jeweiligen Staat zugrunde gelegt werden.

Waren Sie in einem Land weniger als 12 Monate versichert, dann wird diese Zeit bei der Rente am Wohnsitz oder aus einem anderen Land, in dem Sie länger versichert waren, mitberücksichtigt.

Für jede Teilrente gelten die Anspruchsvoraussetzungen des Landes, dessen Versicherungsträger die Rente gewährt. Wenn Sie z. B. in Polen wohnen und außer einer polnischen Rente auch eine Teilrente aus Deutschland beanspruchen, müssen Sie für die deutsche Rente das Rentenalter und die Wartezeit erreicht haben, wie sie in Deutschland gelten.

Wird die Wartezeit durch die Versicherungszeiten im jeweiligen Land nicht erfüllt, können die Beitragszeiten der verschiedenen Länder zusammengerechnet werden, damit ein Anspruch begründet ist.

Um Rente zu erhalten, muss man drei bis vier Monate vor Rentenbezug beim zuständigen Versicherungsträger am Wohnsitz einen Antrag stellen. Dieser leitet das Verfahren mit den Versicherungsträgern der anderen Staaten, in denen man versichert war, ein.

Formulare: Serie P – für Rentenleistungen (Pensions-)

Rentenversicherung in Deutschland

In Deutschland gibt es ein solidarisch finanziertes Alterssicherungssystem nach dem Umlageverfahren. Die Altersgrenzen für die unterschiedlichen Rentenarten werden schrittweise angehoben. Dies führt dazu, dass in Abhängigkeit vom Geburtsjahrgang unterschiedliche Altersgrenzen für den Anspruch auf Rente ohne Abschläge bestehen. Für einige Jahrgänge wurde ein Vertrauensschutz festgeschrieben. Jahrgangsbezogene konkrete Informationen erhalten Sie unter www.deutsche-rentenversicherung.de

Welche Voraussetzungen gibt es für die Rente?

Die **Regelaltersrente** erhalten Versicherte auf Antrag, die die Regelaltersgrenze erreicht haben und die allgemeine Wartezeit (Mindestversicherungszeit) von 5 Jahren erfüllen. Die Regelaltersgrenze wird seit 2012 für ab 1947 Geborene schrittweise von 65 auf 67 Jahre angehoben. Für die Geburtsjahrgänge ab 1964 ist dann im Jahr 2031 die Regelaltersgrenze 67 Jahre. Wer seine Rente früher erhalten will, muss in aller Regel Abschläge in Kauf nehmen. Wenn Sie die Regelaltersgrenze erreicht und die Wartezeit erfüllt haben, Sie jedoch die Rente nicht in Anspruch nehmen und länger arbeiten, ergibt sich ein Zuschlag.

Wichtig: Wenn Sie die Regelaltersrente zum Zeitpunkt der Erfüllung der Voraussetzungen beziehen wollen, müssen Sie Ihren Antrag innerhalb von drei Kalendermonaten nach Ablauf des Monats stellen, in dem Sie die Anspruchsvoraussetzungen erfüllen. Stellen Sie Ihren Antrag später, so beginnt Ihre Rente am Ersten des Antragsmonats. Ihnen würden also Ansprüche verloren gehen, sollten Sie den Antrag nicht rechtzeitig stellen.

Neben der Regelaltersrente gibt es weitere Rentenarten wie die Altersrente für Frauen, für langjährige Versicherte, für Schwerbehinderte sowie nach Altersteilzeitarbeit. Die Voraussetzungen, Mindestversicherungszeiten und Altersgrenzen finden Sie unter www.deutsche-rentenversicherung.de

Renten für Hinterbliebene: Wenn Ihr Ehepartner stirbt, können Sie Anspruch auf eine Witwen- oder Witwerrente haben. Wenn Kinder unter 18 Jahren einen Elternteil verlieren, können sie Anspruch auf eine Halb-/Waisenrente haben. Geschiedene, die ein minderjähriges Kind erziehen, können beim Tod des Ex-Partners eine Erziehungsrente erhalten. Dabei gelten unterschiedliche Voraussetzungen, Hinzuverdienstgrenzen etc. Bitte informieren Sie sich bei Ihrer Rentenversicherung oder unter www.deutsche-rentenversicherung.de

Erwerbsminderungsrente: Bei voller Erwerbsminderung kann ein Anspruch auf die volle, bei teilweiser Erwerbsminderung auf die halbe Erwerbsminderungsrente vorliegen. Voll erwerbsgemindert ist, wer weniger als drei Stunden täglich auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein kann. Teilweise erwerbsgemindert ist, wer zwischen drei und weniger als sechs Stunden täglich arbeiten kann. Zu weiteren Voraussetzungen (Vorversicherungszeiten), Informationen zu Hinzuverdienstgrenzen etc. informieren sie sich bei Ihrer Rentenversicherung oder unter www.deutsche-rentenversicherung.de

Werden Renten besteuert?

Falls die Rente in Deutschland besteuert werden muss gilt, dass diese derzeit in Teilen steuerpflichtig ist. Der steuerpflichtige Anteil beträgt 2019 für Neurentner 78 %. Der steuerpflichtige Anteil steigt bis zum Jahr 2040 auf 100 %. Ob und in welcher Höhe Steuern von der Rente zu zahlen sind, entscheidet das Finanzamt.

Wie wird die Rente berechnet?

Die Rentenberechnung ist kompliziert, weil sie individuell berechnet wird und unterschiedliche Merkmale einbezieht. Die Höhe der Rente richtet sich nach dem gesamten Versicherungsleben: nach der Anzahl der zurückgelegten rentenrechtlichen Zeiten wie Beitragszeiten, Anrechnungszeiten oder Berücksichtigungszeiten und nach der Höhe der während des gesamten Versicherungslbens eingezahlten Beiträge. Für die Berechnung der Rentenhöhe werden sämtliche Zeiten bis zum Beginn der Rente berücksichtigt und evtl. um die Zurechnungszeit erhöht.

Monatliche Rente

= Entgeltpunkte x Zugangsfaktor x aktueller Rentenwert x Rentenartfaktor

Die **Anzahl der Entgeltpunkte** macht eine Aussage über die Versicherungszeiten und die Höhe des individuellen Verdienstes im Verhältnis zum Durchschnittsverdienst aller Versicherten. Entsprach Ihr Verdienst während eines Jahres genau dem Durchschnittsverdienst, erhalten Sie 1,0 Entgeltpunkt.

Der **Zugangsfaktor** berücksichtigt das persönliche Rentenzugangsalter. Er beträgt bei einem Rentenanstritt zur Regelaltersgrenze 1,0. Er vermindert sich um 0,3% für jeden Kalendermonat, den die Rente vorzeitig in Anspruch genommen wird. Bei Inanspruchnahme der Rente nach Erreichen der Regelaltersgrenze wird er um 0,5% pro Monat erhöht.

Der **aktuelle Rentenwert** drückt den Betrag aus, der der monatlichen Rente für einen Entgeltpunkt entspricht. Er wird regelmäßig angepasst. Der aktuelle Rentenwert (bis 30.06.2019) beträgt 30,69 Euro in den neuen Bundesländern und 32,03 Euro in den alten Bundesländern. Zum 01.07.2019 wird der aktuelle Rentenwert erhöht.

Der **Rentenartfaktor** bestimmt die Höhe der Rente je nach Rentenart (z.B. Rente wegen Alter 1,0; Rente wegen voller Erwerbsminderung 1,0; Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung 0,5 etc.)

Erwerbstätigkeit und Rentenbezug

Bei der Regelaltersrente bestehen keine Hinzuverdienstgrenzen. Bei den anderen Rentenarten dürfen Vollrentner zu ihrer Rente vor Erreichen der Regelaltersgrenze 6.300 Euro im Jahr anrechnungsfrei hinzuverdienen. Überschreitet der Hinzuverdienst diese Grenze, wird ein Zwölftel des Betrags, der über die 6.300 Euro hinausgeht, zu 40 Prozent auf die Rente angerechnet. Zur Berechnung der Hinzuverdienstgrenzen bei Teilrenten siehe

www.deutsche-rentenversicherung.de

Rentenanpassung

Die Rentenanpassung erfolgt regelmäßig zum 1. Juli eines Jahres durch die Veränderung des aktuellen Rentenwertes. Der Bestimmung des aktuellen Rentenwertes wird die Entwicklung der Löhne und Gehälter der Beschäftigten zugrunde gelegt. Weiter werden Veränderungen bei den Aufwendungen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer für die gesetzliche und private Altersvorsorge berücksichtigt. Seit 2005 wird durch einen Nachhaltigkeitsfaktor auch die Entwicklung des zahlenmäßigen Verhältnisses von Rentnern und Beitragszahlern bei der Rentenanpassung berücksichtigt. Durch eine gesetzliche Schutzklausel wird sichergestellt, dass sich die Bruttorente durch die Rentenanpassung nicht vermindern kann.

Renten- / Pensionsversicherung in Polen

Welche Voraussetzungen gibt es für die Rente?

Frauen können mit 60 Jahren und Männer mit 65 Jahren in Rente gehen.

Seit 1999 funktioniert das Rentensystem nach dem Prinzip, wie viel man einzahlt, soviel bekommt man im hohen Alter. Wird die aus den eingezahlten Beiträgen errechnete Rente den Betrag der Mindestrente (bis Ende Februar 2019 – 1029,80 PLN) unterschreiten, kommt für die entstandene Differenz der Staat auf. Den Ausgleich können nur die Frauen erhalten, die ihre Beiträge mindestens 20 Jahre, und die Männer, die ihre Beiträge mindestens 25 Jahre lang bezahlt haben.

Regelungen vom reformierten Rentensystem:

Alle nach dem 31. Dezember 1968 geborenen Personen oder Personen, die in den Jahren von 1949 bis 1968 geboren sind und in das neue System gewechselt sind, unterliegen dem reformierten Rentensystem. Der gezahlte Beitrag wird geteilt: der größere Teil fließt weiterhin in das Umlagesystem – in die Sozialversicherungsanstalt (ZUS) – und der kleinere Teil (2,92 % der Bemessungsgrundlage) in den frei gewählten offenen Rentenfonds (OFE), der die Mittel anlegt. Die Höhe der künftigen Renten wird also teilweise von der Lage auf den Finanzmärkten abhängen. Der Zeitpunkt des Renteneintritts hängt von der individuellen Entscheidung des Versicherten ab, der das erforderliche Mindestalter erreicht hat – unabhängig davon, ob es sich um eine Frau oder einen Mann handelt.

Arbeitnehmern, die nach dem 31. Dezember 1948 geboren sind und eine Tätigkeit unter besonderen Bedingungen oder von besonderer Art ausgeübt haben, steht entsprechend dem Gesetz vom 19. Dezember 2008 über die Überbrückungsrenten eine Überbrückungsrente zu.

Vorzeitiger Rentenbezug: Unter bestimmten Voraussetzungen ist ein vorzeitiger Rentenbezug möglich.

Werden Renten besteuert?

Die Renten unterliegen der Einkommenssteuer.

Wie wird die Altersrente berechnet?

Für Personen, die nach dem 31. Dezember 1948 geboren wurden:

Altersrente aus zwei Säulen:

- Die erste Säule wird von der Sozialversicherungsanstalt ausbezahlt. Die Höhe dieses Rententeils wird berechnet, indem die Berechnungsgrundlage durch die verbleibende Lebenserwartung für Personen im Alter des Renteneintritts des Versicherten dividiert wird. Die Berechnungsgrundlage bildet der auf dem individuellen Konto des Versicherten erfasste Betrag, angehoben um die jährliche Indexanpassung.
- Zur Berechnung des aus dem Offenen Rentenfonds (OFE) ausbezahlten Rententeils (2. Säule) werden die auf dem Konto des OFE-Mitglieds gesammelten (über die gesamte Versicherungszeit investierten) Mittel durch die durchschnittliche weitere Lebenserwartung für Personen im Alter des Renteneintritts des Versicherten dividiert.

Wie wird die Erwerbsunfähigkeitsrente berechnet?

Bestimmende Faktoren für die Rentenhöhe sind:

- Bezugsentgelt,
- Anzahl der Versicherungsjahre,
- Ausmaß der Erwerbsunfähigkeit und
- Grundbetrag.

Die **Teilinvaliditätsrente** beträgt 75 % der vollen Invaliditätsrente: Selbst dann, wenn die Person erhebliche Einkommenseinbußen aufgrund schwerwiegender Verletzungen erfährt, steht ihr nur ein Teil der vollen Invaliditätsrente zu.

Die **Mindestrente** liegt bei

- Vollinvalidität: bis Ende Februar 2019: PLN 1029,80 (240 Euro) pro Monat und bei
- Teilinvalidität: bis Ende Februar 2019: PLN 772,35 (180 Euro) pro Monat.

Sozialrente nach dem Gesetz über Sozialrenten vom 27.6.2003: Erwachsene (ab 18 Jahren), derer Invalidität vor dem Alter von 18 Jahren (bzw. 25 Jahren bei Vollzeitstudenten) eintrat, erhalten eine pauschale Leistung von 84 % der Mindestrente für Vollinvalidität.

Erwerbstätigkeit und Rentenbezug

Die Invaliditätsrente und die vor dem Rentenalter bezogene Altersrente werden gekürzt/ausgesetzt, falls der Empfänger Erwerbseinkünfte über jeweils 70 %/ 130 % des nationalen Durchschnittslohns erzielt.

Rentenanpassung

Regelmäßige Anpassung zum 1. März jedes Jahres.

Rentenversicherung in Tschechien

Die gesetzliche Rentenpflichtversicherung ist eine solidarische, umlagefinanzierte Versicherung und umfasst Alters-, Invaliditäts- und Hinterbliebenenrente. Im Zuge der Rentenreform wurde das gesetzliche Renteneintrittsalter angehoben und für Frauen und Männer angeglichen. Außerdem wurde eine zweite kapitalgedeckte Säule eingeführt. Diese lief jedoch zum 31.12.2015 aus. Die sogenannte dritte Säule der Altersvorsorge bildet die staatlich geförderte private ergänzende Altersvorsorge (zusammen mit der früheren Rentenzusatzversicherung).

Welche Voraussetzungen gibt es für die Rente?

Nach der früheren Regelung wurde bei dem Renteneintrittsalter nach Frauen und Männern unterschieden, bei den Frauen zudem abhängig von der Zahl der großgezogenen Kinder.

Nach der seit 2018 geltenden Regelung wird das Renteneintrittsalter sowohl für Frauen als auch für Männer weiter erhöht und darüber hinaus vereinheitlicht. Für den Geburtsjahrgang 1971 wird es für Frauen und Männer einheitlich sein und 65 Jahre betragen.

Anspruch auf **Altersrente** haben alle Versicherten, die die erforderliche Versicherungszeit von mindestens 35 Jahren (2019) erlangt und das gesetzliche Renteneintrittsalter erreicht haben oder die eine Versicherungszeit von mindestens 20 Jahren erlangt und ein Alter erreicht haben, das um mind. 5 Jahre höher liegt als das Renteneintrittsalter für Männer mit demselben Geburtsjahr.

Vorgezogene Altersrente: Versicherte, welche die für die Regelaltersrente erforderliche Versicherungszeit erreicht haben, haben Anspruch auf vorgezogene Altersrente (mit dauerhaften Abschlägen) entweder frühestens 5 Jahre vor Erreichen ihres gesetzlichen Rentenalters, wenn sie das Alter von 60 Jahren erreicht haben und ihr gesetzliches Rentenalter mind. 63 Jahre beträgt, oder frühestens 3 Jahre vor dem Erreichen ihres gesetzlichen Renteneintrittsalters, wenn dieses unter 63 Jahren liegt.

Invaliditätsrente (Erwerbsminderungsrente): Versicherte haben Anspruch auf Invaliditätsrente, wenn bei ihnen eine Erwerbsminderung (Invalidität) infolge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit vorliegt oder wenn bei ihnen eine Erwerbsminderung (Invalidität) vorliegt und sie die erforderliche Versicherungszeit erlangt haben.

Es gibt drei Erwerbsminderungsgrade (auch Invaliditätsgrade bzw. -stufen genannt). Ist die Erwerbsfähigkeit um mindestens 35 % und höchstens 49 % gemindert, liegt Invalidität ersten Grades, bei 50 % bis 69 % Invalidität zweiten Grades sowie bei mindestens 70 % Invalidität dritten Grades vor.

Waisenrente: Anspruch auf Waisenrente hat ein unterhaltsberechtigtes Kind, wenn ein Elternteil (Adoptivelternteil) des Kindes oder die Person, die das Kind in Pflege aufgenommen hat, verstorben ist und es sich dabei um einen Bezieher der Alters- oder Invaliditätsrente gehandelt hat oder zum Todeszeitpunkt die notwendige Versicherungszeit für den Bezug einer Invaliditätsrente vorlag oder die Bedingungen für den Anspruch auf Altersrente erfüllt wurden, oder wenn der Tod infolge eines Arbeitsunfalls eingetreten ist.

Witwen- und Witwerrente: Anspruch besteht bei dem verwitweten Ehepartner, wenn der verstorbene Ehepartner Alters- oder Invaliditätsrente bezogen oder zum Todeszeitpunkt die notwendigen Bedingungen für den Bezug einer Invaliditäts- oder einer Altersrente erfüllt hat, oder wenn der Tod infolge eines Arbeitsunfalls eingetreten ist. Der Anspruch auf Witwen-/Witwerrente besteht grundsätzlich für die Dauer eines Jahres nach dem Tod des Ehepartners, unter bestimmten definierten Bedingungen auch nach Ablauf dieser Zeit.

Sämtliche Informationen über die Renten in Tschechien erhalten Sie von der Tschechischen Sozialversicherungsanstalt (Česká správa sociálního zabezpečení, www.cssz.cz).

Werden Renten besteuert?

Renten und Pensionen sind bis zu einem Gesamtbetrag i. H. des 36fachen des Mindestlohns (2019: 480.600 CZK) von der Einkommensteuer befreit. Eventuelle einmalige Renten-Sonderzahlungen sind ebenfalls von der Einkommensteuer befreit.

Wie wird die Rente berechnet?

Wesentliche Faktoren für die Höhe sind das Durchschnittseinkommen und die Versicherungsdauer.

Die Rente setzt sich aus zwei Bestandteilen zusammen:

- Grundbetrag: im Jahr 2019 ein Betrag von 3.270 CZK monatlich (10 % des Durchschnittslohns);
- Prozentualer Betrag: einkommensabhängiger Bestandteil, berechnet anhand der Berechnungsgrundlage und der Anzahl der Versicherungsjahre: pro Versicherungsjahr 1,5 % der Berechnungsgrundlage, jedoch mindestens 770 CZK monatlich (gilt für Altersrente). Die Berechnung des prozentualen Betrags variiert je nach Rentenart.

Die persönliche Bemessungsgrundlage richtet sich nach dem durchschnittlichen monatlichen Bruttoentgelt seit dem Kalenderjahr, in dem der Versicherte das 19. Lebensjahr vollendete. Die Berechnungsgrundlage wird durch die Kappung (Reduktion) der persönlichen Bemessungsgrundlage bestimmt, wonach dem Versicherten von dem Anteil bis zur ersten Kappungsgrenze (44 % des Durchschnittslohns; 2019: 14.388 CZK) 100 % und von dem Anteil zwischen der ersten und der zweiten Kappungsgrenze (400 % des Durchschnittslohns; 2019: 130.796 CZK) 26 % angerechnet werden. Der über der zweiten Kappungsgrenze liegende Anteil bleibt unberücksichtigt.

Hinweise:

- Die Zeiten vor 1986 bleiben grundsätzlich unberücksichtigt.
- Um negative Auswirkungen des künftig verlängerten Bemessungszeitraums abzumildern, werden die ersten 6 Jahre eines Studiums bzw. einer Ausbildung nach Vollendung des 18. Lebensjahres aus der Berechnung ausgeschlossen.

Vorgezogene Altersrente: Kürzung des prozentualen Betrags pro jeweils angefangene 90 Tage vor dem Erreichen des Regelrenteneintrittsalters um 0,9 % der Berechnungsgrundlage für die ersten 360 Kalendertage, um 1,2 % der Berechnungsgrundlage für den Zeitraum ab dem 361. bis zum 720. Kalendertag sowie um 1,5 % der Berechnungsgrundlage für den Zeitraum ab dem 721. Kalendertag, wobei der prozentuale Betrag der Altersrente mindestens 770 CZK monatlich beträgt. Die Abschläge bleiben auch nach dem Erreichen des Regelrenteneintrittsalters bestehen.

Aufgeschobene Altersrente: Für jeweils 90 Kalendertage der Erwerbstätigkeit, um die der Bezug der Altersrente aufgeschoben wird, erhöht sich die Rente um 1,5 % der Berechnungsgrundlage. Wird während der Erwerbstätigkeit gleichzeitig die Altersrente in halber Höhe bezogen, erhöht sich der prozentuale Betrag der Altersrente für jeweils 180 Kalendertage der Erwerbstätigkeit um 1,5 % der Berechnungsgrundlage. Wird während der Erwerbstätigkeit Altersrente in voller Höhe bezogen, erhöht sich der prozentuale Betrag der Altersrente für jeweils 360 Kalendertage der Erwerbstätigkeit um 0,4 % der Berechnungsgrundlage.

Erwerbstätigkeit und Rentenbezug

- Altersrente: Kumulierung mit Erwerbseinkommen ohne Einschränkung möglich.
- Vorgezogene Altersrente: Keine Erwerbseinkünfte erlaubt.
- Für die Bezieher einer Erwerbsminderungsrente (Invaliditätsrente) gelten bezüglich ihrer Erwerbseinkünfte keine Einschränkungen.

Rentenanpassung

Die Rentenanpassung erfolgt abhängig vom Anstieg der Verbraucherpreise und der Reallöhne. Für die vor dem 1.1.2019 festgestellten Renten steigen ab 2019 der Grundbetrag um 570 CZK auf 3.270 CZK pro Monat und der prozentuale Betrag um 3,4 %.

Zudem wird ab dem 1. Januar 2019 der prozentuale Betrag der ausgezahlten Rente bei Rentenbeziehern, die das 85. Lebensjahr vollendet haben, um 1.000 CZK und bei Rentenbeziehern, die das 100. Lebensjahr vollendet haben, um 2.000 CZK erhöht.

Unfallversicherung

Wo bin ich versichert?

Als Grenzgänger sind Sie durch Ihren Arbeitgeber im Beschäftigungsland pflichtversichert. Die Beiträge werden in jedem Fall vom Arbeitgeber entrichtet. Die Anerkennung als Versicherungsfall und die Höhe der Geldleistungen richten sich nach den gültigen Vorschriften im Beschäftigungsstaat. Bezüglich der Sachleistungen (z.B. ärztliche Behandlung) haben Sie Anspruch nach den Rechtsvorschriften Ihres Wohnsitzlandes. D. h., die Behandlung kann am Wohnort erfolgen.

Unfallversicherung in Deutschland

Wer ist versichert?

Alle Arbeitnehmer in einem Betrieb sind in Deutschland automatisch in der gesetzlichen Unfallversicherung versichert. Der Versicherungsschutz gilt für Voll- und Teilzeitbeschäftigte, geringfügig Beschäftigte, Minijobber und Praktikanten. Das gilt unabhängig von der Höhe des Einkommens, des Alters, der Nationalität und des Wohnortes. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem ersten Tag der Beschäftigung. Ihr Arbeitgeber muss Sie anmelden.

Was ist versichert?

Die Unfallversicherung umfasst **Arbeitsunfälle**, **Wegeunfälle** und **Berufskrankheiten**. Arbeitsunfälle (Berufsunfälle) sind Unfälle, die im Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit stehen. Wegeunfälle sind Unfälle, die sich auf dem Weg zwischen Wohnung und Arbeitsstätte ereignen. Als Berufskrankheit gilt eine Krankheit, die bei der beruflichen Tätigkeit ausschließlich oder überwiegend durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten verursacht worden ist. Es existiert eine offizielle Liste der Erkrankungen (Berufskrankheitenverordnung), die als Berufskrankheiten anerkannt werden. Im Einzelfall kann auch eine Krankheit, die nicht auf der Liste steht, als Berufskrankheit anerkannt werden, wenn nachgewiesen wurde, dass sie durch die berufliche Tätigkeit verursacht wurde.

Was muss ich beachten?

Ein Arbeitsunfall ist unverzüglich dem Arbeitgeber oder der Berufsgenossenschaft zu melden. Die Meldung an die Berufsgenossenschaft kann auch durch den behandelnden Arzt erfolgen. In Deutschland gibt es sogenannte Durchgangsärzte, die auf Arbeitsunfälle spezialisiert sind. Der Durchgangsarzt entscheidet auch, ob Sie sich weiter von ihm behandeln lassen müssen oder ob Sie im Anschluss zu einem anderen Arzt gehen können. Sachleistungen (ambulante, stationäre medizinische Behandlungen, Arznei-, Heil-, und Hilfsmittel usw. sowie gegebenenfalls die Rückvergütung der Kosten für solche Leistungen) können auch in Polen oder Tschechien in Anspruch genommen werden. Wenden Sie sich bei Problemen oder Fragen an die für Sie zuständige Berufsgenossenschaft oder die Kontaktstelle der EURES-TriRegio oder die Beratungsstelle für ausländische Beschäftigte in Sachsen (BABS).

Wichtig: Sagen Sie dem Arzt gleich zu Beginn, dass es sich um einen Arbeits- oder Wegeunfall handelt. Notieren Sie sich Datum, Zeit und Zeugen des Arbeitsunfalls, falls Rückfragen von der Unfallversicherung gestellt werden.

Weitere Informationen zu Arbeits- und Wegeunfällen finden Sie in der Information Kurz und Konkret „Arbeits- oder Wegeunfall – was nun?“ auf der Seite www.sachsen.dgb.de/cross-border-workers

Welche Sachleistungen erbringt die Unfallversicherung?

Medizinische Versorgung und Rehabilitation: Hierzu gehören insbesondere die notfallmedizinische Versorgung (Erstversorgung), die unfallmedizinisch ambulante ärztliche Behandlung oder, soweit erforderlich, die stationäre Behandlung. Auch die häusliche Krankenpflege, die zahnärztliche Behandlung,

die Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln, Heilmitteln und Hilfsmitteln gehören zu den Leistungen.

Leistungen zur beruflichen und sozialen Teilhabe umfassen Maßnahmen der beruflichen Fortbildung, sozialpädagogische Betreuung, Haushaltshilfe, Rehabilitationssport etc. Weitere ergänzende Leistungen können Reisekosten, Kraftfahrzeughilfe (wenn ein Auto bei der Rehabilitation nötig ist) und Wohnungshilfe sein. Ziel ist die Wiedereingliederung in den Betrieb durch den Erhalt des Arbeitsplatzes. Sofern dies nicht möglich ist, wird im gleichen oder in einem anderen Betrieb nach einem gleichwertigen Arbeitsplatz gesucht.

Welche Geldleistungen erbringt die Unfallversicherung?

Verletztengeld soll während der medizinischen Rehabilitation und nach dem Auslaufen der Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber den Ausfall an Einkommen ausgleichen und damit den Lebensunterhalt des Verletzten und seiner Angehörigen sicherstellen. Das Verletztengeld beträgt 80 % des Regelentgelts, darf aber nicht höher sein als das regelmäßige Nettoarbeitsentgelt. Davon werden dann noch die Beitragsanteile zur Renten- und Arbeitslosenversicherung abgezogen.

Übergangsgeld erhalten Verletzte während einer Berufshilfemaßnahme, weil sie während der Teilnahme nicht für ihren Unterhalt bzw. den Unterhalt ihrer Familie sorgen können. Das Übergangsgeld soll das fehlende Einkommen ausgleichen und die Bereitschaft der Verletzten fördern, an einer berufsfördernden Maßnahme teilzunehmen. Die Höhe des Übergangsgeldes beträgt bei Versicherten, die mindestens ein Kind haben oder pflegebedürftig sind, 75 % und bei allen anderen 68 % des Verletztengeldes. Neben dem Übergangsgeld erhalten die Verletzten bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen Rente.

Pflegegeld erhalten Versicherte, die nach einem Arbeitsunfall oder wegen einer Berufskrankheit Pflege benötigen. Die Höhe des Pflegegeldes ist abhängig von der Schwere des Gesundheitsschadens. Es beträgt mindestens 341 Euro (Ost) bzw. 362 Euro (West) und maximal 1.369 Euro (Ost) bzw. 1.445 Euro (West). Das Pflegegeld wird jährlich zum 1. Juli im Rahmen der Rentenanpassung entsprechend angeglichen. Auf Antrag kann statt Zahlung des Pflegegeldes eine Pflegekraft gestellt (Hauspflege) oder Unterhalt und Pflege in einer geeigneten Einrichtung erbracht werden (Heimpflege). Die Entschädigungsleistungen der Unfallversicherung wegen Pflegebedürftigkeit gehen den Leistungen der Pflegeversicherung vor.

Rente oder Teilrente zahlen die Berufsgenossenschaften, wenn durch den Arbeits- oder Wegeunfall bzw. die Berufskrankheit eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE, Minderung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens eines Versicherten, die seine Arbeitsmöglichkeiten einschränkt) festgestellt wird. Die Rentenhöhe richtet sich nach dem Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit und der vorherigen Einkommenshöhe.

Bei vollständigem Verlust der Erwerbsfähigkeit (MdE 100 %) wird die Vollrente gezahlt; sie beträgt zwei Drittel des vor dem Arbeitsunfall oder der Berufskrankheit erzielten Jahresverdienstes. Bei teilweiser Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) wird der Teil der Vollrente gezahlt, der dem Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit entspricht (Teilrente). Ein Anspruch auf Teilrente besteht ab einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 20 %. Die Berufsgenossen-

schaften zahlen diese Rente, solange ihre Voraussetzungen (Minderung der Erwerbsfähigkeit) unverändert fortbestehen, in vielen Fällen lebenslang. Die Rente wird auch ins Ausland überwiesen.

Abfindung: Unter bestimmten Voraussetzungen können Rentenansprüche mit einer einmaligen Zahlung abgefunden werden. Die Berufsgenossenschaft kann dann dem Versicherten eine Gesamtvergütung in Höhe des voraussichtlichen Rentenaufwandes zahlen.

Rente an Hinterbliebene wird dem Ehepartner, eingetragenen Lebenspartner und Kindern eines infolge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit verstorbenen Versicherten vom Todestag an gewährt. Auch frühere Ehepartner sowie die Eltern des Verstorbenen erhalten auf Antrag Rente, wenn dieser ihnen gegenüber zur Zeit des Todes unterhaltspflichtig war oder während des letzten Jahres vor dem Tod Unterhalt geleistet hat. Alle Hinterbliebenenrenten aufgrund des Todes der gleichen Person dürfen zusammen höchstens 80 Prozent des Jahresarbeitsverdienstes betragen.

- Die Witwen-/Witwerrente wird bis zu 24 Monate nach dem Tod des Versicherten oder bis zu einer neuen Heirat gezahlt. Die Rente beträgt 30 % des Jahreseinkommens. Die Rente beträgt 40 % des Jahreseinkommens, wenn die berechnete Person mindestens 47 Jahre alt ist oder ein Kind erzieht oder erwerbsgemindert ist. Allerdings wird das Einkommen der Hinterbliebenen teilweise auf die Rente angerechnet. Der Freibetrag beträgt seit Juli 2018 810,22 Euro (Ost) bzw. 845,59 Euro (West) und erhöht sich für jedes waisenrentenberechtigten Kind um derzeit 171,86 Euro (Ost) bzw. 179,37 Euro (West). Liegt das Einkommen darüber, werden von dem über dem Freibetrag liegenden Teil 40 % angerechnet.
- Die Waisenrente wird bis zum 18. Lebensjahr gezahlt, darüber hinaus bis zum 27. Lebensjahr während der Schul- oder Berufsausbildung oder wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung. Sie beträgt bei Halbweisen jährlich 20 %, bei Vollweisen 30 % des Jahresarbeitsverdienstes des Verstorbenen. Haben Waisen über 18 Jahren ein eigenes Einkommen, kann dieses ebenfalls angerechnet werden.

Sterbegeld wird pauschal an Hinterbliebene bezahlt, wenn ein Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit zum Tod des Versicherten geführt haben. Die Höhe beträgt 2019 4.920 Euro (Ost) bzw. 5.340 Euro (West). Wenn der Tod nicht am Ort der ständigen Familienwohnung des Versicherten eingetreten ist, werden außerdem die Kosten für die Überführung an den Ort der Bestattung erstattet. Voraussetzung ist, dass der Versicherte sich dort aus Gründen aufgehalten hat, die im Zusammenhang mit seiner versicherten Tätigkeit oder mit den Folgen des Versicherungsfalls stehen. Das Sterbegeld sowie die Überführungskosten werden an den gezahlt, der die Kosten der Bestattung und Überführung trägt.

Unfallversicherung in Polen

Wer ist versichert?

Pflichtversichert sind all diejenigen Personen, die der Sozialversicherungspflicht unterliegen. Freiwillig versichert sind (auf ihren Antrag) unter anderen Personen, die „praca nakładcza“ (Heimarbeit) ausführen oder im Rahmen eines Agenturvertrages oder einer Vereinbarung oder eines anderen Vertrags eine Dienstleistung erbringen und bei denen dem Bürgerlichen Gesetzbuch nach die Regelungen über die Aufträge gelten.

Was ist versichert?

Versichert sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Wegeunfälle fallen unter die Krankengeld- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrentenversicherung.

Was muss ich beachten?

Ein Arbeitsunfall ist unverzüglich dem Arbeitgeber zu melden. Der Arbeitgeber muss den Unfall dem zuständigen Bezirksarbeitsinspektor melden und ein Unfallteam zur Untersuchung der Unfallumstände und -ursachen einrichten. Von dem Team wird ein Unfallprotokoll erstellt. Der verunfallte Arbeitnehmer oder die Betriebsgewerkschaft, und im Falle eines tödlichen Unfalls – der berechnigte Angehörige des Verunfallten, kann beim zuständigen Bezirksgericht (Sąd Rejonowy) eine Protokollfeststellungs- und -korrekturklage einreichen.

Welche Leistungen erbringt die Unfallversicherung?

Einmalige Entschädigung wegen Arbeitsunfalls: Diese Entschädigung steht Versicherten zu, die infolge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit einen bleibenden oder anhaltenden Schaden an ihrer Gesundheit erlitten haben. Für den bleibenden Schaden an Gesundheit wird eine solche Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit des Körpers erachtet, die zu einer Behinderung der Körperfunktionen führt und keine Prognose über deren Besserung erlaubt. Für den anhaltenden Schaden an Gesundheit wird eine solche Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit des Körpers erachtet, die zu einer Behinderung der Körperfunktionen für den Zeitraum von über 6 Monaten mit einer Prognose auf Besserung führt.

Die Höhe der Entschädigung ist von dem prozentualen Grad des Gesundheitsschadens abhängig, der von einem Gutachter des ZUS bzw. vom Ärzteausschuss der ZUS-Anstalt festgestellt wird. Derzeit wird eine Entschädigung in Höhe von 854 PLN für jedes Prozent bleibender oder anhaltender Schäden an der Gesundheit an den Geschädigten gezahlt. Einer für voll erwerbsgemindert und für unfähig zur selbstständigen Lebensbestreitung befundenen Person steht, insofern dies auf eine Berufskrankheit oder einen Arbeitsunfall zurückzuführen ist, eine einmalige Entschädigung in Höhe von 14.950 PLN zu.

Ausgleichszahlung: Der Anspruch auf Ausgleichszulage besteht nur für versicherte Arbeitnehmer. Die Zulage erhalten diejenigen, deren monatliches Gehalt aufgrund der Rehabilitation abgenommen hat. Zur Ausgleichszulage sind außerdem Arbeitnehmer berechnigt, die aufgrund von Veränderungen im Gesundheitszustand bei dem gleichen Arbeitgeber in eine andere Position versetzt wurden, die eine andere berufliche Qualifikation erfordert. Über die Notwendigkeit der Durchführung der beruflichen Rehabilitation entscheidet der Arzt der Arbeitsmedizinanstalt oder der leitende Arzt der Sozialversicherungsanstalt. Die Ausgleichszahlung wird nur für die Dauer der beruflichen Rehabilitation gewährt, jedoch nicht länger als 24 Monate. Der Anspruch auf Ausgleichszulage erlischt mit dem Abschluss der beruflichen Rehabilitation und der Versetzung auf eine andere Stelle oder wenn aufgrund des Gesundheitszustands des Arbeitnehmers weitere Rehabilitationsmaßnahmen nicht erforderlich sind. Die Ausgleichszulage errechnet sich aus der Differenz zwischen dem durchschnittlichen Monatsgehalt für den Zeitraum der letzten 12 Kalendermonate und der monatlichen Vergütung für die Arbeit, die unter den Bedingungen beruflicher Rehabilitation geleistet wurde.

Akutversorgung/Medizinische Rehabilitation: Die Rehabilitation setzt normalerweise nach Ausschöpfung des Krankengeldbezugs ein, kann aber auch innerhalb von 6 Monaten nach dem Beginn der Invalidität erfolgen. Während des Rehabilitationszeitraums wird Rehabilitationsgeld für bis zu 12 Monate gezahlt, falls die Invalidität fortbesteht. Sachliche Rehabilitationsleistungen werden vor allem in den eigenen Rehabilitationszentren und -einrichtungen von KRUS erbracht. Deren Ziel ist es, der Arbeitsunfähigkeit in landwirtschaftlichen Tätigkeiten vorzubeugen und die Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen bis zu einem Niveau, das die weitere Bewältigung der Arbeit ermöglicht.

Krankengeld: Berechtig sind Versicherte, die aufgrund eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit arbeitsunfähig sind. Die Zahlung des Krankengelds ist unabhängig von der Länge, für die der Versicherte bereits gegen Arbeitsunfälle versichert ist und wird ab dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit aufgrund eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit gezahlt. Die Leistung beträgt 100 % der Beitragsbemessungsgrundlage.

Rente: Rente aufgrund von Arbeitsunfähigkeit erhalten Versicherte, die wegen eines Unfalls oder einer Berufskrankheit nicht in der Lage sind, eine berufliche Tätigkeit auszuüben. Versicherte, für die die Zweckmäßigkeit der Umschulung aufgrund von Arbeitsunfähigkeit, eines Arbeitsunfalls oder einer beruflichen Krankheit bestätigt wurde, erhalten eine Umschulungsrente.

Rente an Hinterbliebene: Die Hinterbliebenenrente steht berechtigten Familienangehörigen derjenigen Personen zu, die zum Zeitpunkt ihres Todes über eine bereits festgestellte Altersrente (darunter Überbrückungsaltersrente) oder Erwerbsminderungsrente verfügten bzw. die Voraussetzungen zur Erlangung einer dieser Leistungen erfüllten. Bei der Prüfung der Rentenberechtigung wird angenommen, dass die verstorbene Person voll erwerbsgemindert war. Auf die Hinterbliebenenrente haben auch berechnigte Familienangehörige derjenigen Personen Anspruch, die zum Todeszeitpunkt das Vorruhestandsgeld bzw. Vorruhestandsleistungen bezogen. In diesem Falle wird unterstellt, dass der Verstorbene die Voraussetzungen für die Bewilligung der Erwerbsminderungsrente wegen voller Erwerbsminderung erfüllte.

Anspruch auf Hinterbliebenenrente haben:

- eigene Kinder,
- Kinder des anderen Ehegatten,
- als Kinder angenommene Kinder bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres oder des 25. Lebensjahres, soweit sie sich noch in der Ausbildung befinden, wie auch ungeachtet des Alters, wenn sie vor dem 16. Lebensjahr oder während des Schulunterrichts vor der Vollendung des 25. Lebensjahres voll erwerbsgemindert wurden. Wenn das Kind während des letzten Studienjahres an einer Hochschule 25 Jahre alt wurde, wird der Rentenanspruch bis zum Ende dieses Studienjahres verlängert. Es entsteht kein Anspruch auf Hinterbliebenenrente aus dem kapitalgedeckten Altersvorsorgevermögen.

Die Hinterbliebenenrente wird in folgender Höhe gezahlt:

- für eine berechnigte Person: 85 % der Leistung, die dem Verstorbenen zustehen würde,
- für zwei berechnigte Personen: 90 % der Leistung, die dem Verstorbenen zustehen würde,
- für drei und mehr Personen: 95 % der Leistung, die dem Verstorbenen zustehen würde.

Der Mindestbetrag der Hinterbliebenenrente aus der Unfallversicherung beträgt 120 % des Betrages der Mindesthinterbliebenenrente. Allen anspruchsberechtigten Familienmitgliedern steht eine Gesamthinterbliebenenrente zu. Wenn der Anspruchsberechtigte ein Vollwaise ist, hat er Anspruch auf Vollwaisenbeihilfe.

Unfallversicherung in Tschechien

Die Unfallversicherung in Tschechien wird in Form einer privatrechtlich organisierten gesetzlichen Haftpflichtversicherung der Arbeitgeber gegen Schäden, die den Beschäftigten durch Arbeitsunfälle oder Berufskrankheiten entstehen, umgesetzt. Diese gesetzliche Haftpflichtversicherung der Arbeitgeber zählt nicht zur Sozialversicherung.

Wer ist versichert?

Gesetzlich haftpflichtversichert gegen Schäden, die den Beschäftigten durch Arbeitsunfälle oder Berufskrankheiten entstehen, sind alle Arbeitgeber mit mindestens einem Beschäftigten. Die Höhe der vom Arbeitgeber zu entrichtenden Beiträge richtet sich nach der Summe der Bruttoentgelte aller Beschäftigten sowie nach dem Wirtschaftszweig, in dem der Arbeitgeber tätig ist. Die Haftpflichtversicherung wird im staatlichen Auftrag von zwei Versicherungsunternehmen – Česká pojišťovna, a. s. sowie Kooperativa, a. s. – umgesetzt. Diese nehmen die Versicherungsbeiträge ein und leisten bei Bedarf entsprechende Entschädigungszahlungen.

Was ist versichert?

Die Unfallversicherung umfasst Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Als Arbeitsunfälle gelten Schäden an der Gesundheit oder Todesfälle, die durch kurzfristige, plötzliche Einflüsse von äußerer Gewalt und unabhängig vom Willen des Betroffenen bei der Erfüllung seiner Arbeitspflichten oder im unmittelbaren Zusammenhang damit eingetreten sind. Als Arbeitsunfälle werden auch solche Unfälle angesehen, die bei einem Arbeitnehmer aufgrund der Erfüllung seiner Arbeitspflichten eingetreten sind (z. B. wenn jemand wegen einer Entscheidung, die er aufgrund seiner Arbeitspflichten zu treffen hatte, außerhalb seiner Arbeitszeit von einem Betroffenen angegriffen und dabei verletzt wird). Die Liste der anerkannten Berufskrankheiten wird in einer Regierungsverordnung festgelegt. Eine andere Verordnung regelt das Verfahren bei der Anerkennung von Berufskrankheiten und legt die Liste der zuständigen medizinischen Einrichtungen fest. Wegeunfälle (zwischen dem Wohnort und der Arbeitsstätte) gelten nicht als Arbeitsunfälle und sind nicht versichert.

Was muss ich beachten?

Ein Arbeitsunfall ist unverzüglich dem Arbeitgeber zu melden. Der Arbeitgeber muss ein Unfallprotokoll aufnehmen und den Unfall der zuständigen Versicherung und den zuständigen Behörden melden. Den Betroffenen (bzw. bei Unfällen mit Todesfolge den Hinterbliebenen) muss eine Ausfertigung des Unfallprotokolls ausgehändigt werden. Die Unfallursachen müssen vom Arbeitgeber unter Hinzuziehung des Betroffenen (wenn möglich), der Zeugen, der zuständigen Gewerkschaftsorganisation oder des Beauftragten für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz untersucht und geeignete Vorkehrungen zur Unfallvermeidung getroffen werden.

Welche Sachleistungen erbringt die Haftpflichtversicherung der Arbeitgeber?

Grundsätzlich besteht freie Arztwahl, außer bei Vorsorge- und Pflichtuntersuchungen im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsvorsorge. Berechtigte Betroffene erhalten alle im Zusammenhang mit Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten notwendigen und angemessenen medizinischen Leistungen nach den Vorschriften des Landes, in dem diese erbracht werden. Anspruch auf medizinische Versorgung besteht in vollem Umfang sowohl im Beschäftigungs- als auch im Wohnsitzland. Der Arbeitgeber (bzw. die Haftpflichtversicherung) haftet für alle angemessenen Behandlungskosten, die aus ärztlicher Sicht notwendig sind und aus der gesetzlichen Krankenversicherung nicht oder nicht in vollem Umfang erstattet werden.

Welche Geldleistungen erbringt die Haftpflichtversicherung der Arbeitgeber?

Ausgleich für Einkommensverlust während der Arbeitsunfähigkeit (Verletzungsgeld): Während der durch Arbeitsunfall oder Berufskrankheit verursachten Arbeitsunfähigkeit haben Beschäftigte Anspruch auf Einkommensverlustausgleich in Höhe der Differenz zwischen ihrem durchschnittlichen Verdienst (Brutto-Arbeitsentgelt im Bemessungszeitraum, in der Regel im Quartal vor dem Vorfall) vor Eintritt des Schadens und der vollen Höhe der Entgeltfortzahlung bzw. des Krankengeldes. Dieser Anspruch gilt auch für die ersten drei Kalendertage, in denen bei einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit normalerweise kein Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht. Diesen Anspruch haben Arbeitnehmer auch für wiederholte Fälle der Arbeitsunfähigkeit, die auf dieselbe Ursache (Arbeitsunfall oder Berufskrankheit) zurückgehen.

Ausgleich für Einkommensverlust nach Beendigung der Arbeitsunfähigkeit (Unfall- bzw. Verletztenrente) steht den betroffenen Arbeitnehmern in der Höhe der Differenz zwischen dem durchschnittlichen Einkommen vor dem Eintreten des Schadens und dem Einkommen nach dem Arbeitsunfall oder nach Feststellung der Berufskrankheit unter Anrechnung der eventuell aus demselben Grund bezogenen Invaliditätsrente zu. Es geht darum, dass die Einkünfte der Betroffenen nach dem Arbeitsunfall oder dem Eintreten einer Berufskrankheit das Niveau des durchschnittlichen Einkommens vor dem Eintreten des Schadens erreichen sollen.

Die Unfallrente steht auch gemeldeten Arbeitsuchenden zu. Als Einkommen nach dem Eintreten des Schadens gilt hierbei die Höhe des gesetzlichen Mindestlohns. Diejenigen, die eine Unfallrente bereits bezogen haben, bevor sie arbeitslos wurden, haben auch als gemeldete Arbeitsuchende weiterhin Anspruch auf Unfallrente in der Höhe, die ihnen bereits während des Bestehens ihres Arbeitsverhältnisses zustand. Die Unfallrente steht den betroffenen Arbeitnehmern höchstens bis zu dem Kalendermonat, in dem sie das 65. Lebensjahr vollendet haben, oder bis zum Bezugsbeginn der Altersrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung zu.

Ausgleich für erlittenen Schmerz (Schmerzensgeld) und für erschwerte gesellschaftliche Teilhabe ist eine einmalige Zahlung, welche dem Betroffenen mindestens in der durch die Durchführungsverordnung festgelegten Höhe zusteht. Der Ausgleich wird auf der Basis der Punktebewertung, die in einem ärztlichen Gutachten festgelegt wird, gezahlt. Die Erstellung des ärztlichen Gutachtens kann entweder vom Geschädigten selbst oder von dem für den Schaden Verantwortlichen beantragt werden.

Der Wert eines Punktes beträgt gemäß der Durchführungsverordnung 250 CZK. Allerdings kann die Höhe der zu zahlenden Entschädigung von einem Gericht angemessen erhöht werden, wobei keine gesetzliche Obergrenze festgelegt wurde. Die Ansprüche eines Betroffenen erlöschen durch dessen Tod nicht, sondern werden vererbt.

Ausgleich für zweckmäßige Aufwendungen für Heilbehandlung steht demjenigen zu, der die Kosten aufgewendet hat. Bei den Aufwendungen für Heilbehandlung infolge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit kann es sich z. B. um Kosten für Medikamente, ärztliche Behandlung, aber auch orthopädische Hilfsmittel handeln, die nicht in voller Höhe aus der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet werden und für die Behandlung des Betroffenen aus ärztlicher Sicht notwendig sind. Außerdem kann es sich um Kosten handeln, die vom Betroffenen für die Bezahlung einer notwendig gewordenen Pflegeperson oder für eine notwendig gewordene besondere Diät aufgewendet werden müssen, aber auch um erforderliche Reisekosten (auch für Familienangehörige, die den Betroffenen im Krankenhaus oder in der Kur besuchen).

Ausgleich für angemessene Bestattungskosten (Bestattungskosten, Friedhofsgebühren, Kosten für Grabgestaltung und -pflege (aktuell mindestens 20.000 CZK) sowie 1/3 der üblichen Kosten der Trauerbekleidung für nahe Angehörige).

Ausgleich der Aufwendungen für Hinterbliebenenunterhalt wird an Hinterbliebene gezahlt, für deren Unterhalt der Verstorbene gesorgt hat oder denen gegenüber der Verstorbene unterhaltspflichtig war, und zwar solange die Unterhaltspflicht bestanden hätte, höchstens jedoch bis zum Ende des Kalendermonats, in dem der Verstorbene das Alter von 65 Jahren erreicht hätte. Die Höhe des Anspruchs beläuft sich auf 50 % des durchschnittlichen Verdienstes des Verstorbenen vor dem Zeitpunkt seines Todes, wenn er für den Unterhalt einer Person gesorgt hat oder zu sorgen verpflichtet war, und auf 80 %, wenn es sich dabei um mehrere Personen handelte. Von diesen Beträgen ist die jeweils zuerkannte Hinterbliebenenrente abzuziehen. Das Erwerbseinkommen der Hinterbliebenen bleibt dabei unberücksichtigt.

Einmalige Hinterbliebenenentschädigung (Sterbegeld) steht dem Ehe- bzw. Lebenspartner sowie jedem unterhaltsberechtigten Kind jeweils in Höhe von mindestens 240.000 CZK zu. Lebten die Eltern (oder ein Elternteil) des Verstorbenen mit ihm in einem gemeinsamen Haushalt, haben sie ebenfalls einen Anspruch auf insgesamt 240.000 CZK. Der Betrag kann von der Regierung entsprechend der Entwicklung der Lebenshaltungskosten und des Lohnniveaus angepasst werden. Zudem kann die Höhe der zu zahlenden Entschädigung von einem Gericht angemessen erhöht werden.

Die Höhe des Ausgleichs für Einkommensverlust nach Beendigung der Arbeitsunfähigkeit (Unfall- bzw. Verletztenrente) und des Ausgleichs der Aufwendungen für Hinterbliebenenunterhalt wird regelmäßig erhöht, indem der für die Berechnung der Entschädigungszahlungen maßgebliche durchschnittliche Verdienst des Geschädigten vor Eintritt des Schadens angepasst wird. 2019 wird der für die Berechnung maßgebliche durchschnittliche Verdienst um 3,4 % erhöht.

Zu weiteren Ansprüchen siehe auch Informationen zu Kranken- und Krankengeldversicherung sowie Rentenversicherung.

Information und Beratung

Die EURES-TriRegio informiert und berät Arbeitssuchende, Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, Arbeitgeber etc. zu

- Arbeits- und Lebensbedingungen,
- Arbeitssuche in der Nachbarregion,
- Gewinnung von Fachkräften,
- sozialen Fragen wie Sozialversicherung, Rente, Steuer, Mindestlöhnen.

EURES-Beraterinnen und -Berater vor Ort

Bei den speziell für grenzüberschreitende Fragen ausgebildeten EURES-Beraterinnen und -Beratern der EURES-TriRegio erhalten Sie vor Ort in der Region Information, Beratung und Stellenangebote. Sie führen individuelle Beratung, Informationsveranstaltungen und Jobbörsen durch.

Die EURES-TriRegio im Internet

Auf der Internetseite www.eures-triregio.eu finden Sie schnell aktuelle Informationen für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, Arbeitssuchende und Arbeitgeber.

Informieren Sie sich über Möglichkeiten der grenzüberschreitenden Mobilität, zu Fragen des Arbeitsrechts, der Sozialversicherung, der Besteuerung und vieles mehr.

Kontaktpunkt

Sebastian Klähn

IGR ELAN e.V.

Koordinator EURES-TriRegio

Schützenplatz 14, 01067 Dresden

Tel.: +49 351 8633116

Mail: sebastian.klaehn@dgb.de

Sprachen: Deutsch, Englisch,
Tschechisch, Polnisch



*Mit finanzieller Unterstützung
durch die Europäische Union*

**Agentur für Arbeit Annaberg-Buchholz und
Agentur für Arbeit Freiberg**

Michael Schroeter

Agentur für Arbeit Annaberg-Buchholz

Paulus-Jenisius-Straße 43, 09456 Annaberg-Buchholz

Telefon: +49 3733 133 6168

E-Mail: Annaberg-Buchholz.EURESTBeratung@arbeitsagentur.de

Sprachen: Deutsch, Tschechisch

Agentur für Arbeit Bautzen

Simona Schiemenz

Agentur für Arbeit Hoyerswerda

Albert-Einstein-Straße 47, 02977 Hoyerswerda

Telefon: +49 3571 464 616

E-Mail: Bautzen.EURESTBeratung@arbeitsagentur.de

Sprachen: Deutsch

Jörg Hohlfeld

Agentur für Arbeit Bautzen

Neusalzaer Straße 2, 02625 Bautzen

Telefon: +49 3591 66 2015

E-Mail: Bautzen.EURESTBeratung@arbeitsagentur.de

Sprachen: Deutsch

Agentur für Arbeit Pirna

Ramona Zimmermann

Agentur für Arbeit Pirna

Seminarstraße 9, 01796 Pirna

Telefon: +49 3501 791 477

E-Mail: Pirna.EURESTBeratung@arbeitsagentur.de

Sprachen: Deutsch

Agentur für Arbeit Plauen

Adrian Lohr

Agentur für Arbeit Klingenthal

Marktplatz 2, 08248 Klingenthal

Telefon: +49 3741 23 1101

E-Mail: Plauen.EURESTBeratung@arbeitsagentur.de

Sprachen: Deutsch, Englisch

EURES-Beraterinnen und -Berater in Polen

Judyta Babiarz

Dolnośląski Wojewódzki Urząd Pracy, Filia w Jeleniej Górze
Al. Wojska Polskiego 18, 58-500 Jelenia Góra
Tel.: +48 757545179
Mail: judyta.babiarz@dwup.pl
Sprachen: Polnisch, Deutsch, Englisch, Tschechisch

Małgorzata Kociuba

Dolnośląski Wojewódzki Urząd Pracy, Filia w Jeleniej Górze
Al. Wojska Polskiego 18, 58-500 Jelenia Góra
Tel.: +48 757545184
Mail: malgorzata.kociuba@dwup.pl
Sprachen: Polnisch, Deutsch, Tschechisch

Marta Kędzierska

Dolnośląski Wojewódzki Urząd Pracy
ul. Ogrodowa 5B, 58-306 Wałbrzych
Tel.: +48 748866562
Mail: marta.kedzierska@dwup.pl
Sprachen: Polnisch

Marta Łyko

Dolnośląski Wojewódzki Urząd Pracy
ul. Ogrodowa 5B, 58-306 Wałbrzych
Tel.: +48 748866546
Mail: marta.lyko@dwup.pl
Sprachen: Polnisch, Englisch

EURES-Beraterinnen und -Berater in Tschechien

Hradec Králové

Martina Cichocká

Úřad práce České republiky – krajská pobočka v Hradci Králové
Wonkova 1142, 500 02 Hradec Králové
Tel.: +420 950 116 476
Mail: martina.cichocka@uradprace.cz
Sprachen: Tschechisch, Englisch

Soňa Šlapáková

Úřad práce České republiky – krajská pobočka v Hradci Králové
Wonkova 1142, 500 02 Hradec Králové
Tel.: +420 950 116 587
Mail: sona.slapakova@uradprace.cz
Sprachen: Tschechisch, Englisch

Dana Výborná

Úřad práce České republiky – kontaktní pracoviště Náchod
Kladská 1092, 547 01 Náchod
Tel.: +420 950 138 473
Mail: dana.vyborna@uradprace.cz
Sprachen: Tschechisch, Polnisch, Deutsch

Liberec

Lenka Plašková Kvapilová

Úřad práce České republiky – krajská pobočka v Liberci

Dr. Milady Horákové 580/7, 460 01 Liberec

Tel.: +420 950 132 486

Mail: lenka.plaskova@uradprace.cz

Sprachen: Tschechisch, Deutsch, Englisch

Ústí nad Labem

Adéla Kocourková

Úřad práce České republiky – krajská pobočka v Ústí nad Labem

Dvořákova 18, 400 02 Ústí nad Labem

Tel.: +420 950 171 676

Mail: adela.kocourkova@uradprace.cz

Sprachen: Tschechisch, Deutsch, Englisch

Klára Adámková

Úřad práce České republiky – kontaktní pracoviště Most

Tř. Budovatelů 1989, 434 01 Most

Tel.: +420 950 137 480

Mail: klara.adamkova@uradprace.cz

Sprachen: Tschechisch, Deutsch, Englisch

Karlovy Vary

Šárka Mávrová

Úřad práce České republiky – kontaktní pracoviště Cheb

Svobody 52, 350 02 Cheb

Tel.: +420 950 117 321

Mail: sarka.mavrova@uradprace.cz

Sprachen: Tschechisch, Deutsch, Englisch

Petra Barteková

Úřad práce České republiky – kontaktní pracoviště Sokolov

Jednoty 654, 356 01 Sokolov

Tel.: +420 950 161 309

Mail: petra.bartekova@uradprace.cz

Sprachen: Tschechisch, Englisch



Zur Durchsetzung der Arbeitnehmerfreizügigkeit unter fairen Bedingungen und zur Förderung der Gleichbehandlung von Beschäftigten aus EU-Mitgliedsländern in Sachsen

Die Beratungsstelle für ausländische Beschäftigte in Sachsen (BABS) unterstützt alle ausländischen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie ihre Familienangehörigen insbesondere aus EU-Mitgliedsländern, die in Sachsen eine Tätigkeit ausüben oder es konkret planen. Es werden in Sachsen angestellte sowie nach Sachsen entsandte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer beraten.

Die Beratungsstelle wird im Auftrag des Sächsischen Staatsministeriums für Wirtschaft, Arbeit und Verkehr vom IGR ELAN e.V. eingerichtet und betrieben.

Beratung

- richtet sich an Beschäftigte und ihre Familienangehörigen aus anderen EU-Staaten, die im Freistaat Sachsen tätig sind
- leistet Erstberatung in arbeits- und sozialrechtlichen Fragen; keine gerichtliche Vertretung
- in mehreren Sprachen (Deutsch, Tschechisch, Polnisch, Slowakisch, Ungarisch, Rumänisch und Englisch)
- Telefonisch, per E-Mail, persönlich, vor Ort/mobile Einsätze

Schwerpunkte

Fragen des Arbeitsrechts:

- Arbeitsvertrag
- Lohnansprüche/Mindestlohn
- Arbeitszeiten
- Urlaubsansprüche
- Kündigung
- Arbeitsunfälle
- Unterschiede zwischen echter und Scheinselbstständigkeit
- Mobbing/Diskriminierung usw.

Fragen des Sozialrechts:

- Kindergeld
- Arbeitslosigkeit/Arbeitslosengeld
- Kranken- und Pflegeversicherung
- Rentenversicherung
- Unfallversicherung
- Familienleistungen usw.



Beratungsstelle in Dresden

Volkshaus Dresden
Schützenplatz 14 (1. Stock)
01067 Dresden

Leona Bláhová

Tel.: +49 351 85092728
Mail: leona.blahova@babs-online.eu
Sprachen: Deutsch, Tschechisch, Slowakisch, Englisch

Paulína Bukaiová

Tel.: +49 351 85092729
Mail: paulina.bukaiova@babs-online.eu
Sprachen: Deutsch, Slowakisch, Polnisch, Tschechisch, Englisch

Beratungsstelle in Leipzig

Listhaus Leipzig
Rosa-Luxemburg-Str. 27 (Erdgeschoss)
04103 Leipzig

Paulina Sokolowska

Tel.: +49 341 68413085
Mail: paulina.sokolowska@babs-online.eu
Sprachen: Deutsch, Polnisch, Englisch

Ünige Albert

Tel.: +49 341 68413086
Mail: uenige.albert@babs-online.eu
Sprachen: Deutsch, Rumänisch, Ungarisch, Englisch

Büromanagement Dresden und Leipzig

Melanie Claus

Tel.: +49 351 85092730
Mail: melanie.claus@babs-online.eu
Sprachen: Deutsch, Englisch

www.babs.sachsen.de

Hinweis:

Die Beratungsstelle für ausländische Beschäftigte in Sachsen (BABS) ist eine Initiative des Sächsischen Staatsministeriums für Wirtschaft, Arbeit und Verkehr und wird finanziert aus Steuermitteln auf Grundlage des von den Abgeordneten des Sächsischen Landtages beschlossenen Haushaltes.

Ansprechpartner im Dreiländereck Deutschland – Polen – Tschechien

Gewerkschaften



DGB
Bezirk Sachsen

Schützenplatz 14, 01067 Dresden

Tel.: +49 351 8633108

Mail: sachsen@dgb.de

www.sachsen.dgb.de



NSZZ „Solidarność“
Region Jeleniogórski

ul. 1. Maja 25, 58-500 Jelenia Góra

Tel.: +48 756415910

Mail: soljg@solidarnosc.org.pl

www.soljg.eu



OPZZ
Rada OPZZ województwa dolnośląskiego

ul. Wybrzeże J. Słowackiego 9, 50-413 Wrocław

Tel.: +48 717809242

Mail: wroclaw@opzz.org.pl

www.opzz.org.pl



ČMKOS

nám. W. Churchilla 2, 113 59 Praha 3

Tel.: +420 234 461 111

Mail: info@cmkos.cz

www.cmkos.cz

IGR
MRZ
MEROR



Elbe-Neiße
Łaba-Nysa
Labe-Nisa

Interregionaler Gewerkschaftsrat Elbe-Neiße

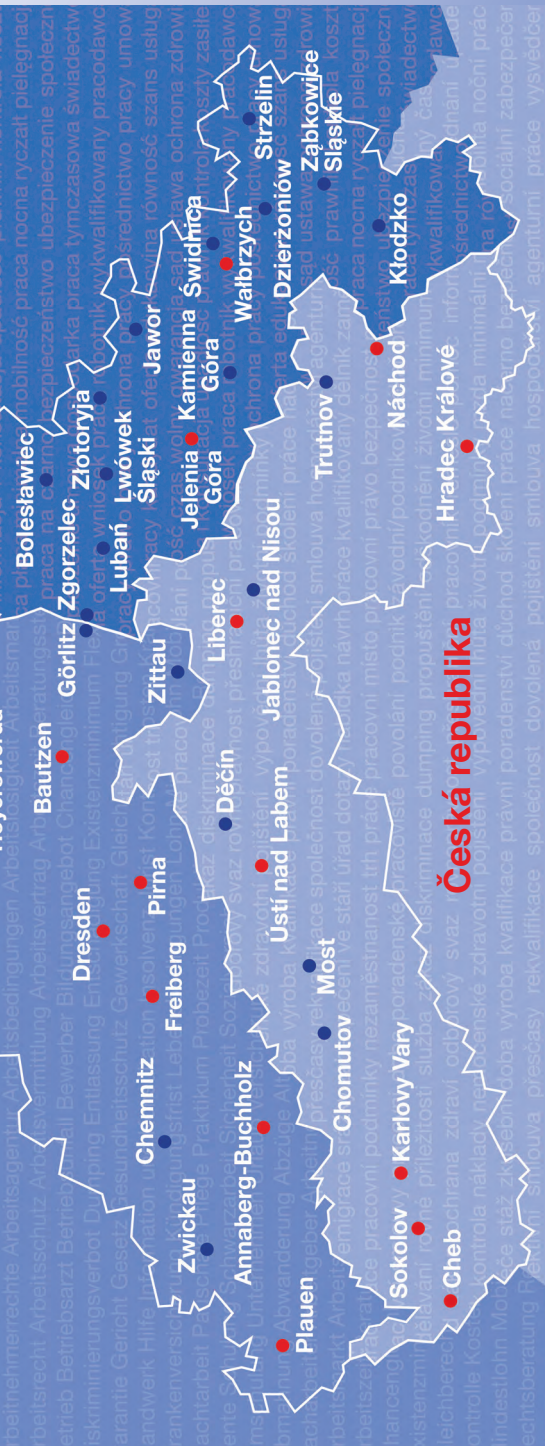
Mail: anna.bernstorf@dgb.de

www.igr-elbe-neisse.org, www.mrz-laba-nysa.org

www.meror-labe-nisa.org

Bundesrepublik Deutschland

Rzeczpospolita Polska



Česká republika