

# Ihre Rechte der sozialen Sicherheit

in Bulgarien



**Soziales Europa**



Europäische Kommission



Die Informationen in diesem Leitfaden wurden in enger Zusammenarbeit mit den nationalen Ansprechpartnern des Gegenseitigen Informationssystems für soziale Sicherheit (MISSOC) erstellt und aktualisiert.

Nähere Informationen über das MISSOC-Netzwerk finden Sie unter:  
<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=de&catId=815>.

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

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



## Inhaltverzeichnis

<b>Kapitel I: Allgemeines, Organisation und Finanzierung .....</b>	<b>6</b>
Allgemeines.....	6
Organisation der sozialen Sicherheit .....	6
Finanzierung .....	7
Ihr Anspruch auf Sozialleistungen im europäischen Ausland.....	8
<b>Kapitel II: Sachleistungen bei Krankheit .....</b>	<b>10</b>
Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit .....	10
Abgedeckte Leistungen .....	11
Bezug von Sachleistungen bei Krankheit .....	13
Ihr Anspruch auf Leistungen bei Krankheit im europäischen Ausland .....	13
<b>Kapitel III: Geldleistungen bei Krankheit .....</b>	<b>15</b>
Anspruch auf Geldleistungen bei Krankheit .....	15
Abgedeckte Leistungen .....	15
Bezug von Geldleistungen bei Krankheit .....	15
Ihr Anspruch auf Geldleistungen bei Krankheit im europäischen Ausland .....	16
<b>Kapitel IV: Leistungen bei Mutterschaft und Vaterschaft .....</b>	<b>17</b>
Anspruch auf Leistungen bei Mutterschaft oder Vaterschaft .....	17
Abgedeckte Leistungen .....	17
Bezug von Leistungen bei Mutterschaft oder Vaterschaft.....	18
Ihr Recht auf Leistungen bei Mutterschaft und Vaterschaft im europäischen Ausland...	18
<b>Kapitel V: Leistungen bei Invalidität .....</b>	<b>19</b>
Anspruch auf Leistungen bei Invalidität .....	19
Abgedeckte Leistungen .....	19
Bezug von Leistungen bei Invalidität .....	20
Ihr Anspruch auf Leistungen bei Invalidität im europäischen Ausland .....	20
<b>Kapitel VI: Renten und Leistungen im Alter .....</b>	<b>22</b>
Anspruch auf Altersrente .....	22
Abgedeckte Leistungen .....	22
Bezug von Altersrenten.....	23
Ihr Anspruch auf Altersrenten im europäischen Ausland .....	24



<b>Kapitel VII: Leistungen für Hinterbliebene</b> .....	<b>25</b>
Anspruch auf Hinterbliebenenleistungen.....	25
Abgedeckte Leistungen .....	26
Bezug von Leistungen für Hinterbliebene.....	26
Ihr Anspruch auf Hinterbliebenenleistungen im europäischen Ausland.....	26
<b>Kapitel VIII: Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten</b> .....	<b>27</b>
Anspruch auf Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten.....	27
Abgedeckte Leistungen .....	27
Bezug von Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten.....	27
Ihr Anspruch auf Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten im europäischen Ausland.....	28
<b>Kapitel IX: Familienleistungen</b> .....	<b>29</b>
Anspruch auf Familienleistungen.....	29
Abgedeckte Leistungen .....	29
Bezug von Familienleistungen .....	30
Ihr Anspruch auf Familienleistungen im europäischen Ausland.....	30
<b>Kapitel X: Arbeitslosigkeit</b> .....	<b>32</b>
Anspruch auf Leistungen bei Arbeitslosigkeit .....	32
Abgedeckte Leistungen .....	32
Bezug von Leistungen bei Arbeitslosigkeit.....	33
Ihr Anspruch auf Leistungen bei Arbeitslosigkeit im europäischen Ausland.....	33
<b>Kapitel XI: Mindestsicherung</b> .....	<b>34</b>
Anspruch auf Leistungen zur Mindestsicherung .....	34
Abgedeckte Leistungen .....	34
Bezug von Leistungen zur Mindestsicherung .....	34
Ihr Anspruch auf Leistungen zur Mindestsicherung im europäischen Ausland .....	35
<b>Kapitel XII: Leistungen bei Pflegebedürftigkeit</b> .....	<b>36</b>
Anspruch auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit.....	36
Abgedeckte Leistungen .....	36
Bezug von Leistungen bei Pflegebedürftigkeit.....	37
Ihr Anspruch auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit im europäischen Ausland.....	38
<b>Anhang I: Nützliche Kontaktdaten und Internetadressen</b> .....	<b>39</b>



---

**Anhang II: Besondere beitragsunabhängige Geldleistungen .....40**



## Kapitel I: Allgemeines, Organisation und Finanzierung

### Allgemeines

Das System der sozialen Sicherheit in Bulgarien umfasst sowohl die klassische beitragsabhängige Sozialversicherung als auch die beitragsunabhängigen sozialen Sicherungssysteme und die Sozialhilfe einschließlich des Systems der sozialen Dienste. Es sieht zielgerichtete Programme im Bereich der Sozialhilfe, der Schaffung von Arbeitsplätzen für benachteiligte Gruppen, der Familienleistungen für Kinder usw. vor. Sowohl das beitragsunabhängige System der sozialen Sicherheit als auch das Sozialhilfesystem werden vom Staat finanziert. Ein Anspruch im Rahmen dieser Systeme wird auf Grundlage eines Kriterienkatalogs, der auch eine Bedürftigkeitsprüfung beinhaltet, ermittelt. Die Sozialversicherungssysteme werden aus besonderen Haushaltsmitteln der Sozialversicherungskassen finanziert.

Die von der Nationalen Sozialversicherungsanstalt verwaltete öffentliche Sozialversicherung bietet Ausgleichszahlungen, Leistungen und Renten bei:

- vorübergehender/vorläufiger Erwerbsminderung
- Mutterschaft
- befristeter Minderung der Erwerbsfähigkeit (Umsetzung)
- Arbeitslosigkeit
- Invalidität
- Alter
- Tod.

Im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung und der staatlich finanzierten Gesundheitsleistungen wird eine grundlegende medizinische Versorgung sichergestellt, die je nach System entweder aus der nationalen Krankenversicherungskasse oder aus dem Staatshaushalt finanziert wird.

Gemäß den nationalen Rechtsvorschriften umfasst die Sozialhilfe Geld- oder Sachleistungen, die dazu bestimmt sind, das Einkommen aufzustocken oder zu ersetzen, um den grundlegenden Lebensunterhalt zu sichern oder vorübergehend die Bedürfnisse von unterhaltsberechtigten Personen und Familienangehörigen zu decken.

### Organisation der sozialen Sicherheit

Das bulgarische Gesundheitssystem umfasst sowohl versicherungsgestützte als auch steuerfinanzierte Leistungen.

Die öffentlichen Sozialversicherungssysteme bieten Geldleistungen und Renten zur Absicherung bei Krankheit, Invalidität, Mutterschaft, Berufskrankheit und Arbeitsunfällen, Alter und Tod. Neben den Sozialversicherungssystemen bietet das System der Sozialhilfe einen Schutz gegen das Risiko der Armut und sieht im Rahmen der bulgarischen Gesetzgebung auch Familienleistungen vor.

Das bulgarische Rentensystem beruht auf drei Säulen. Zusätzlich zu dem auf dem Umlageverfahren beruhenden System wurde ab dem Jahr 2000 im Rahmen der zweiten Säule ein obligatorisches Zusatzrentensystem eingeführt, das für alle Personen gilt, die im staatlichen Rentensystem pflichtversichert sind und nach dem 31.12.1999 geboren



wurden, sowie für Arbeiter, die unter gesundheitsgefährdenden Bedingungen tätig sind (Berufsfonds). Die dritte Säule umfasst die freiwillige Selbstvorsorge, die auch die im Rahmen der IORP-Richtlinie geregelte berufliche Vorsorge beinhaltet. Die Systeme der zweiten und der dritten Säule werden von privaten Versicherungsgesellschaften verwaltet und unterliegen der Aufsicht der Finanzkontrollkommission (Комисия за финансов надзор).

Die Institutionen und Maßnahmen auf dem Gebiet der sozialen Sicherheit unterliegen der gesetzlichen Kontrolle, die von Parlament und Ministerrat in Zusammenarbeit mit den Sozialpartnern und anderen zivilgesellschaftlichen Organisationen wie etwa den Organisationen zum Schutz der Patienten ausgeübt und von der Justiz überwacht wird.

Der Minister für Arbeit und Sozialpolitik ist für politische Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Sozialversicherung, der gesetzlichen und der Zusatzrenten und der Sozialhilfe zuständig.

Der Gesundheitsminister trägt die Verantwortung für Maßnahmen, die sowohl den Bereich der versicherungsbasierten als auch den der steuerfinanzierten Gesundheitsvorsorge betreffen.

Die 2005 geschaffene Nationale Agentur für öffentliche Einnahmen (Националната агенция по приходите) ist für die Festlegung, die Kontrolle und die Erhebung von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen zuständig.

Das 1995 geschaffene Nationale Institut für Sozialversicherung (Национален осигурителен институт) organisiert alle Zweige der Sozialversicherungssysteme für Geldleistungen.

Die nationale Krankenversicherungskasse (Националната здравноосигурителна каса) besteht seit 1999 und hat zum 1. Juli 2000 damit begonnen, Verträge mit den Anbietern von Gesundheitsleistungen abzuschließen.

Die 1990 eingerichtete Agentur für Beschäftigung (Агенцията по заетостта) unternimmt aktive Maßnahmen der Arbeitsmarktpolitik zur Wiederbeschäftigung von Arbeitslosen unabhängig von ihrer Versicherungszugehörigkeit.

Die Nationale Agentur für Sozialhilfe (Агенцията за социално подпомагане) ist für alle Aktivitäten im Zusammenhang mit der Mindestsicherung, die Sozialhilfe und die Familienleistungen zuständig.

Im Jahre 2005 wurde die Agentur für Menschen mit Behinderungen (Агенция за хората с увреждания) geschaffen, um Maßnahmen zur Integration von Menschen mit Behinderungen durchzuführen.

### **Finanzierung**

Das System der sozialen Sicherheit wird über die Sozialversicherungsbeiträge der Arbeitgeber, Arbeitnehmer sowie teils auch des Staates finanziert. Das System der Sozialhilfe wird ausschließlich aus dem Staatshaushalt finanziert.

### **Beiträge**

Die Versicherungsbeiträge werden als Prozentsatz des beitragspflichtigen Einkommens festgelegt. Sie werden im Jahr 2010 im Verhältnis 60:40 gemeinsam vom Arbeitgeber und der versicherten Person gezahlt (nur für die Kassen „Allgemeine Krankheit und Mutterschaft“ sowie für die Arbeitslosenkasse). Insgesamt belaufen sich die



Rentenversicherungsbeiträge für die dritte Beschäftigungskategorie auf 17,8% (9,9% für den Arbeitgeber und 8,0% für die versicherte Person). Wurde die versicherte Person nach dem 31.12.1959 geboren, beträgt der Rentenversicherungsbeitrag 12,8% (7,1% für den Arbeitgeber und 5,7% für die versicherte Person). Seit dem 1.1.2009 werden Überweisungen aus dem Staatshaushalt in die Rentenkasse in Höhe von 12% der Summe des versicherungspflichtigen Einkommens aller versicherten Personen für das Kalenderjahr vorgenommen.

Die Beiträge für Beamte, Richter, Staatsanwälte, Gerichtsvollzieher, Gerichtsangestellte und Angehörige der Streitkräfte werden vom Staatshaushalt übernommen.

Selbstständige tragen den vollen Beitrag auf eigene Kosten.

Die Beiträge für Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten variieren je nach den Arbeitsbedingungen zwischen 0,4% und 1,1% und gehen voll zu Lasten der Arbeitgeber/Versicherten.

Die Beiträge zum Fonds zur Garantie von Arbeitnehmeransprüchen in Höhe von 0,1% (2010) werden vollständig vom Arbeitgeber getragen. Im Jahr 2011 wurde die Erhebung von Beiträgen zum Fonds vorübergehend ausgesetzt.

Arbeitnehmer der ersten und zweiten Beschäftigungskategorie sind im Rahmen des Berufsfonds für eine zusätzliche obligatorische Pensionsversicherung pflichtversichert. In der ersten Beschäftigungskategorie belaufen sich die Beiträge auf 12%, in der zweiten auf 7%. Die Beiträge werden in voller Höhe durch den Arbeitgeber getragen. Der Arbeitgeber hat einen weiteren Betrag in Höhe von 3% der Beiträge an den Pensionsfonds zu entrichten. Ein weiterer Beitrag zum Pensionsfonds der Lehrer in Höhe von 4,3% wird von den Arbeitgebern getragen. Für nach dem 1.1.1960 geborene Personen reduzieren sich die Beiträge zum Pensionsfonds. Die Differenz in Höhe von 5% wird dem individuellen Versichertenkonto beim universellen Pensionsfonds für die ergänzende obligatorische Rentenversicherung gutgeschrieben.

Der monatliche Höchstbetrag des versicherungspflichtigen Einkommens beläuft sich auf 2 000 BGN. Sozialversicherungsbeiträge sind auf das gezahlte, angesammelte sowie ausstehende monatliche Bruttoentgelt zu entrichten. Die Beiträge dürfen nicht unter dem festgelegten versicherungspflichtigen Mindesteinkommen für die wichtigsten Wirtschaftstätigkeiten und Berufsgruppen liegen.

Personen, für die kein versicherungspflichtiges Mindesteinkommen festgelegt wurde, müssen Beiträge auf den nationalen monatlichen Mindestlohn entrichten.

Für Selbstständige liegt das versicherungspflichtige Mindesteinkommen in Abhängigkeit von ihrem steuerpflichtigen Jahreseinkommen für 2009 zwischen BGN 420 (€ 215) und BGN 500 (€ 256). Für Personen, die 2009 keine Erwerbstätigkeit ausgeübt haben, sowie für Selbstständige, die ihre Tätigkeit nach dem 31.12.2009 aufgenommen haben, beträgt das versicherungspflichtige Mindesteinkommen BGN 420 (€ 215).

### **Ihr Anspruch auf Sozialleistungen im europäischen Ausland**

Da die Sozialversicherungssysteme in den europäischen Ländern unterschiedlich gestaltet sind, wurden EU-Bestimmungen zur Koordinierung dieser Systeme eingeführt. Gemeinsame Regeln zur Sicherstellung des Zugangs zu Sozialleistungen sind wichtig, um Nachteile für europäische Arbeitnehmer oder andere versicherte Personen, die von ihrem Recht auf Freizügigkeit Gebrauch machen, zu vermeiden. Diese Regeln basieren auf vier Grundsätzen.





- Bei einem Umzug in ein anderes europäisches Land sind Sie immer nach den Rechtsvorschriften dieses einzelnen Mitgliedstaats versichert: wenn Sie erwerbstätig sind, ist das im Allgemeinen das Land, in dem sie arbeiten; wenn Sie nicht erwerbstätig sind, ist es das Land, in dem Sie wohnen.
- Der Grundsatz der Gleichbehandlung stellt sicher, dass Sie dieselben Rechte und Pflichten haben wie Staatsangehörige des Landes, in dem Sie versichert sind.
- Bei Bedarf können Versicherungszeiten, die in anderen EU-Ländern erworben wurden, auf einen Sozialleistungsanspruch angerechnet werden.
- Wenn Sie in einem anderen Land leben als dem, in dem Sie versichert sind, können Geldleistungen „exportiert“ werden.

Auf die EU-Bestimmungen zur Koordinierung der sozialen Sicherheit können Sie sich in den 27 EU-Mitgliedstaaten sowie in Norwegen, Island, Liechtenstein (EWR) und der Schweiz (insgesamt in 31 Ländern) berufen.

Einen Überblick über die EU-Vorschriften finden Sie jeweils am Ende eines Kapitels. Weitere Informationen zur Koordinierung der Sozialleistungsansprüche bei einem Umzug in ein anderes EU-Land bzw. nach Island, Liechtenstein, Norwegen oder die Schweiz oder bei Reisen dorthin finden sich unter: <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>



## Kapitel II: Sachleistungen bei Krankheit

### Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit

#### Im Rahmen der steuerfinanzierten Gesundheitsversorgung

1. bulgarische Staatsangehörige
2. Ausländer mit dauerhaftem Wohnsitz in Bulgarien

Hinweis: andere EU-Bürger sind im Sinne der bulgarischen Rechtsprechung keine Ausländer und verfügen nach Maßgabe des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union über dieselben Rechte und Pflichten wie bulgarische Staatsangehörige.

#### Im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung

Das System der obligatorischen Krankenversicherung in Bulgarien wird von der nationalen Krankenversicherungskasse verwaltet. Die Kasse bietet eine grundlegende Gesundheitsversorgung auf Grundlage der Beiträge zur obligatorischen Krankenversicherung.

Folgende Personengruppen sind im Rahmen der Krankenversicherung pflichtversichert:

1. alle bulgarischen Staatsbürger, die nicht gleichzeitig eine andere Staatsangehörigkeit haben;
2. bulgarische Staatsbürger, die gleichzeitig eine andere Staatsangehörigkeit und ihren dauerhaften Wohnsitz in der Republik Bulgarien haben;
3. ausländische Staatsbürger oder Staatenlose, die über eine dauerhafte Aufenthaltsgenehmigung für die Republik Bulgarien verfügen, sofern dies nicht in internationalen Abkommen der Republik Bulgarien anderweitig geregelt ist;
4. anerkannte Flüchtlinge, aus humanitären Gründen Geduldete und Asylanten;
5. ausländische Studenten und Doktoranden, die gemäß Erlass des Ministerrates Nr. 103 aus dem Jahre 1993 zur Durchführung von Bildungsaktivitäten der Bulgaren im Ausland und Erlass des Ministerrates Nr. 228 aus dem Jahre 1997 über die Zulassung von Bürgern der Republik Mazedonien an den staatlichen Universitäten der Republik Bulgarien an Universitäten oder wissenschaftlichen Einrichtungen des Landes zugelassen sind;
6. Personen, auf die keines der unter Punkt 1 bis 5 genannten Kriterien zutrifft und die nach den Koordinierungsregeln der Systeme der sozialen Sicherheit unter die bulgarische Gesetzgebung fallen.

Personen, die in einem anderen Mitgliedstaat krankenversichert sind, unterliegen nach Maßgabe der Koordinierungsregeln der Systeme der sozialen Sicherheit keiner Versicherungspflicht im Rahmen der nationalen Krankensicherungskasse.

Personen, die ihre Krankenversicherungsbeiträge vollständig selbst entrichten müssen, verlieren vorübergehend ihren Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit, wenn sie innerhalb eines Zeitraums von 36 Monaten bis zu dem Monat, der dem Monat vorausgeht, in dem Leistungen in Anspruch genommen wurden, für mehr als 3 Monate ihre fälligen Monatsbeiträge schuldig geblieben sind. Die betreffenden Personen können ihren Versicherungsschutz durch die Zahlung der für die vergangenen 36 Monate ausstehenden Beiträge wiedererlangen. Ab dem Tag der Einzahlung der ausstehenden Beiträge besteht erneut Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit. Zahlungen für bereits erbrachte Leistungen werden nicht erstattet. Liegt die Beitragspflicht beim Arbeitgeber oder einer



anderen Person, führt die Nichtzahlung von Beiträgen nicht automatisch dazu, dass die betreffende Person ihre Ansprüche im Rahmen der Krankenversicherung verliert.

## Abgedeckte Leistungen

### Leistungen im Rahmen der steuerfinanzierten Gesundheitsversorgung

Bulgarische Staatsangehörige und bestimmte Gruppen von Ausländern mit langfristigem Aufenthaltsrecht erhalten folgende steuerfinanzierte Leistungen:

- medizinische Hilfe in Notfällen;
- Geburtshilfe für Frauen ohne Krankenversicherungsschutz unabhängig von der Art der Geburt, gemäß einer Verordnung des Gesundheitsministers, die auch das Verfahren regelt;
- stationäre psychiatrische Hilfe;
- Versorgung mit Blut und Blutprodukten;
- Transplantation von Organen, Gewebe und Zellen;
- obligatorische Behandlungen oder Quarantäne;
- fachärztliche Gutachten zur Feststellung des Grads von Behinderung und langfristiger Erwerbsminderung;
- Zahlung der Behandlung bestimmter Krankheiten nach den Richtlinien des Gesundheitsministeriums;
- Transporte nach den Bestimmungen des Gesundheitsministeriums.

### Leistungen im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung

Mit der obligatorischen Krankenversicherung soll den Versicherten freier Zugang zur Gesundheitsversorgung auf Grundlage eines Leistungskatalogs gewährt werden, der spezifische Sachleistungen in einem bestimmten Umfang und einer bestimmten Höhe umfasst. Sie sieht ferner die freie Arztwahl unter den Ärzten, die einen Vertrag mit der regionalen Krankenversicherungskasse geschlossen haben, vor.

Das Wahlrecht gilt für das gesamte bulgarische Staatsgebiet, geografische oder administrative Einschränkungen sind nicht zugelassen.

Folgende medizinische Leistungen werden von der nationalen Krankenversicherungskasse übernommen:

1. krankheitsvorbeugende ärztliche und zahnärztliche Behandlungen;
2. ärztliche und zahnärztliche Behandlungen zur Früherkennung von Krankheiten;
3. ambulante und stationäre Versorgung zur Diagnose und Behandlung von Krankheiten;
4. Fortsetzung der Behandlung, Langzeitbehandlung und medizinische Rehabilitation;
5. medizinische Notversorgung;
6. medizinische Versorgung vor, während und nach der Geburt;
7. medizinische Versorgung gemäß Artikel 82 Absatz 1 Ziffer 2 des Gesundheitsgesetzes;
8. Abtreibungen aus medizinischen Gründen und bei Schwangerschaft nach einer Vergewaltigung;
9. zahnärztlich Behandlung;
10. häusliche Pflegebehandlung;



11. Verschreibung und Verabreichung zugelassener Arzneimittel für die häusliche Pflege auf dem gesamten Staatsgebiet;
12. Verschreibung und Verabreichung von medizinischen Produkten und Diätahrung für besondere medizinische Zwecke;
13. medizinische Begutachtung der Arbeitsfähigkeit;
14. medizinisch begründete Transporte.

Die im vorangehenden Abschnitt genannten medizinischen Leistungen bilden mit Ausnahme von Punkt 10 einen aus dem Haushalt der nationalen Krankenversicherungskasse garantierten grundlegenden Leistungskatalog. Dieser Leistungskatalog wird durch eine Verordnung des Gesundheitsministers festgelegt.

Zur Ausübung der in dieser Verordnung vorgesehenen Tätigkeiten muss die nationale Krankenversicherungskasse mit der bulgarischen Ärztekammer einen Nationalen Rahmenvertrag über medizinische Behandlungen und mit der Zahnärztekammer einen Nationalen Rahmenvertrag über zahnärztliche Behandlungen schließen. Die nationalen Rahmenverträge müssen Folgendes beinhalten:

1. die von den Erbringern ärztlicher Leistungen zu erfüllenden Voraussetzungen sowie das Verfahren zum Vertragsabschluss;
2. die besonderen Arten ärztlicher Leistungen gemäß dem Leistungskatalog;
3. die Bedingungen und das Verfahren für die Erbringung der Leistungen aus dem Leistungskatalog;
4. die Qualitäts- und Zugangskriterien der Leistungen;
5. Anforderungen an die Dokumentation und den Austausch von Dokumenten;
6. die Verpflichtung der Beteiligten zur Information und zum Datenaustausch;
7. weitere für die Krankenversicherung relevante Aspekte.

Durch eine Verordnung des Gesundheitsministers wird eine Liste mit Krankheiten für häusliche Pflegebehandlung, für welche die nationale Krankenversicherungskasse die Kosten für Medikamente, medizinische Produkte und Diätahrung für besondere medizinische Zwecke vollständig oder teilweise übernimmt, festgelegt. Die nationale Krankenversicherungskasse zahlt die Kosten vollständig oder teilweise für bis zu drei in einer Liste aufgeführte Medikamente pro aufgeführter Krankheit. Gemeinsam mit der Vereinigung der Ärzte und Zahnärzte legt die nationale Krankenversicherungskasse die Preise der medizinischen Produkte mit den Herstellern und Großhändlern fest. Die Höhe der Zahlungen der nationalen Krankenversicherungskasse für aufgelistete Medikamente wird jährlich in der nationalen Rahmenvertrag festgelegt.

Die versicherte Person hat bei jedem Besuch eines Allgemeinarztes, niedergelassenen Facharztes oder Zahnarztes einen Selbstbehalt in Höhe von 1% des Mindestlohns zu entrichten.

Für jeden Tag eines Krankenhausaufenthalts – aber höchstens für 10 Tage im Jahr – muss die versicherte Person 2% des monatlichen nationalen Mindestlohns entrichten. Nach dem 10. Tag entfällt der Selbstbehalt.

Von der Kostenbeteiligung für ambulante und stationäre ärztliche und zahnärztliche Behandlung ausgenommen sind:

- Personen, die unter einer in dem nationalen Rahmenvertrag genannten Krankheit leiden;
- Minderjährige;
- Minderjährige und arbeitslose Familienmitglieder;



- Personen, die während oder im Zusammenhang mit der nationalen Verteidigung eine Verletzung erlitten haben;
- Kriegsveteranen und Kriegsbeschädigte;
- Personen in Obhut sowie Gefangene;
- bedürftige Personen, die staatliche Unterstützung beziehen;
  - Personen ohne Einkommen, die in Heimen untergebracht sind;
  - medizinische Fachkräfte;
  - Schwangere und junge Mütter für bis zu 45 Tage nach der Geburt;
  - versicherte erkrankte Personen mit schwerer Erwerbsunfähigkeit;
  - Tumorpatienten.

Personen, deren Anspruch im Rahmen der Krankenversicherung ruht, müssen die Sachleistungen selbst zahlen.

## **Bezug von Sachleistungen bei Krankheit**

### **Wahl des Arztes**

Für versicherte Personen besteht auf dem gesamten Staatsgebiet freie Arzt- und Zahnarztwahl für die ambulante Erstversorgung. Der Hausarzt kann pro Kalenderjahr zwischen dem 1. und 30. Juni und dem 1. und 31. Dezember einmal gewechselt werden. Bei Umzug kann sich die versicherte Person jederzeit einen neuen Hausarzt suchen.

### **Zahnärztliche Leistungen**

Alle versicherten Personen haben auf dem gesamten Staatsgebiet bei Nachweis ihres Versicherungsschutzes Anspruch auf zahnärztliche Leistungen.

### **Ambulante Versorgung**

Eine fachärztliche ambulante Behandlung steht versicherten Personen mit einer von ihrem Hausarzt ausgestellten „Überweisung zur Konsultation mit Behandlung“ zur Verfügung. Diese Überweisung ist nach Ausstellung 30 Kalendertage gültig. Die versicherte Person kann mit der Überweisung einen Facharzt ihrer Wahl in einem Krankenhaus, das einen Vertrag mit der regionalen Krankenkasse abgeschlossen hat, aufsuchen.

### **Zugang zu stationären Einrichtungen**

Ärzte und Zahnärzte haben die Möglichkeit, ihre Patienten an ausgewählte stationäre Gesundheitseinrichtungen im gesamten Land zu überweisen. Das Krankenhaus (oder die ambulante Einrichtung) muss einen Vertrag mit der regionalen Krankenversicherungskasse geschlossen haben. Seit 2011 haben Patienten die Möglichkeit, ein Team aus Ärzten und Pflegepersonal innerhalb der Gesundheitseinrichtung zu wählen.

## **Ihr Anspruch auf Leistungen bei Krankheit im europäischen Ausland**

Wenn Sie sich in einem anderen Land der Europäischen Union, in Island, Liechtenstein, Norwegen oder der Schweiz aufhalten bzw. dort Ihren Wohnsitz haben, können Sie und Ihre Familie die dort angebotenen Sachleistungen bei Krankheit nutzen. Dies bedeutet nicht zwangsläufig, dass die Behandlung unentgeltlich erfolgt; in diesem Zusammenhang sind die nationalen Regeln zu beachten.

Wenn Sie einen vorübergehenden Aufenthalt (Urlaub, Geschäftsreise usw.) in einem anderen EU-Mitgliedstaat, Island, Liechtenstein, Norwegen oder der Schweiz planen, sollten Sie vor Antritt der Reise eine Europäische Krankenversicherungskarte beantragen.



Nähere Informationen zur Europäischen Krankenversicherungskarte und zur Beantragung finden Sie unter: <http://ehic.europa.eu>.

Wenn Sie Ihren Wohnsitz dauerhaft in einen anderen EU-Mitgliedstaat verlegen wollen, finden Sie weiterführende Informationen über ihre Ansprüche auf Gesundheitsleistungen unter <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=26&langId=de>.



## Kapitel III: Geldleistungen bei Krankheit

### Anspruch auf Geldleistungen bei Krankheit

Die öffentliche Sozialversicherung sieht Sozialversicherungsleistungen und Geldleistungen für versicherte Arbeitnehmer, die wegen vorläufiger Erwerbsminderung keine Einkünfte aus Erwerbstätigkeit beziehen, zur Erholung von einer Krankheit vor.

### Abgedeckte Leistungen

Versicherte haben Anspruch auf Leistungen bei vorübergehender Erwerbsminderung bei:

- Krankheit;
- Unfällen (mit Ausnahme von Berufsunfällen);
- krankheitsbedingten Untersuchungen;
- Verhängung einer Quarantäne;
- Schwangerschaft;
- Mutterschaft;
- Umsetzung wegen Krankheit;
- Umsetzung wegen Schwangerschaft;
- Behandlung in Sanatorien und Heilstätten aus Krankheitsgründen;
- Begleitung eines Kindes bis zum Alter von 3 Jahren bei stationärer Behandlung;
- Betreuung eines Kindes bis zum vollendeten 18. Lebensjahr;
- Betreuung einer kranken Person ab dem 18. Lebensjahr.

Die tägliche Geldleistung bei vorübergehender Erwerbsminderung aufgrund allgemeiner Krankheit beträgt 80% und bei vorübergehender Erwerbsminderung aufgrund von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten bis zu 90% des durchschnittlichen Bruttotagesverdiensts oder des durchschnittlichen versicherungspflichtigen täglichen Einkommens, von dem in den vorangegangenen 12 Monaten Beiträge gezahlt oder fällig wurden.

Geldleistungen bei vorübergehender Erwerbsminderung aufgrund von allgemeinen Erkrankungen, Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten sind ab dem ersten Tag des Ereignisses bis zur Genesung oder der Feststellung einer dauernden Erwerbsunfähigkeit fällig.

Vom 1. Juli 2010 bis zum 31. Dezember 2011 zahlt der Arbeitgeber die Geldleistungen für die ersten drei Tage der temporären Erwerbsunfähigkeit in Höhe von 70% des durchschnittlichen Bruttoarbeitsentgelts. Im Anschluss beläuft sich die Leistung auf 80% des beitragspflichtigen Einkommens und wird durch die Nationale Sozialversicherungsanstalt gezahlt.

### Bezug von Geldleistungen bei Krankheit

Für die Gewährung einer Freistellung wegen vorübergehender Erwerbsminderung ist eine Krankschreibung durch die für die Bewertung der Erwerbsfähigkeit zuständigen Behörden erforderlich. Der Krankenschein wird am Tage der Feststellung der Erwerbsunfähigkeit ausgestellt, die Freistellung kann allerdings schon am Vortag, am Tag selbst oder am Tag



nach der Untersuchung beginnen. Er muss Angaben zur Art der Erwerbsunfähigkeit, zu Behandlungsbedarf und -form und zur Dauer der Krankschreibung enthalten. Der Krankenschein ist dem Arbeitgeber vorzulegen oder letzterer ist unverzüglich bzw. spätestens zwei Werktage nach der Ausstellung darüber zu unterrichten.

Der Arbeitgeber ist zur Anerkennung der Krankenbescheinigung verpflichtet und muss die Freistellung nach deren Vorlage gewähren. Am ersten Werktag der vorübergehenden Erwerbsminderung hat der Arbeitgeber der versicherten Person den durchschnittlichen Bruttotagesverdienst für den Monat, in dem die vorübergehende Erwerbsminderung aufgetreten ist, zu zahlen.

Die Geldleistungen für den zweiten und die folgenden Tage der vorübergehenden Erwerbsminderung werden von der nationalen Sozialversicherungskasse ermittelt und auf das angegebene Bankkonto der versicherten Person gezahlt.

### **Ihr Anspruch auf Geldleistungen bei Krankheit im europäischen Ausland**

Grundsätzlich werden Krankengeldzahlungen (d. h. Ersatzleistungen für Einkommen, die aufgrund von Krankheit vorübergehend wegfallen) nach den Rechtsvorschriften des Staates erbracht, in dem Sie versichert sind, unabhängig von Ihrem jeweiligen Wohn- oder Aufenthaltsort.\*

Bei Umzug in ein anderes Land der Europäischen Union, nach Island, Liechtenstein, Norwegen oder in die Schweiz und wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein müssen, damit ein Anspruch auf Krankengeldleistungen vorliegt, muss der zuständige Träger (d. h. der Träger in dem Land, in dem Sie versichert sind) die Versicherungs-, Wohn- oder Beschäftigungszeiten berücksichtigen, die Sie gemäß den Rechtsvorschriften eines der oben genannten Staaten zurückgelegt haben. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass Arbeitnehmer Ihren Krankenversicherungsschutz nicht dadurch verlieren, dass sie Ihre Berufstätigkeit in einem anderen Staat fortsetzen.

Weitere Informationen zur Koordinierung der Sozialleistungsansprüche im Zusammenhang mit Umzügen oder Reisen finden sich unter <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.

---

\* Einige besondere beitragsunabhängige Geldleistungen werden ausschließlich in dem Staat erbracht, in dem der Leistungsempfänger wohnt, und sind somit nicht „exportierbar“. Diese Leistungen sind am Ende dieses Leitfadens in Anhang II aufgeführt.





## Kapitel IV: Leistungen bei Mutterschaft und Vaterschaft

### Anspruch auf Leistungen bei Mutterschaft oder Vaterschaft

Versicherte Personen haben bei Schwangerschaft und Geburt Anspruch auf eine Geldleistung als Lohnersatzzahlung, sofern sie diesbezüglich Versicherungszeiten von mindestens 12 Monaten nachweisen können.

#### Mutterschaftsgeld (MB)

Allgemein für Krankheit und Mutterschaft versicherte Frauen erhalten eine Geldleistung für Schwangerschaft und Entbindung für einen Zeitraum von 410 Kalendertagen. Dieser beginnt 45 Tage vor dem errechneten Datum der Niederkunft. Eignet sich die Geburt bereits innerhalb der 45 Tage vor dem errechneten Termin, verlängert sich der Bezugszeitraum der Leistung nach der Entbindung um die entsprechenden Tage.

Ein Vater, der mindestens seit 12 Monaten bei der „Allgemeinen Kasse für Krankheit und Mutterschaft“ versichert war, hat Anspruch auf gesetzliches Vaterschaftsgeld für einen Zeitraum von 15 Kalendertagen nach der Geburt seines Kindes. Die Leistungshöhe beträgt 90% des beitragspflichtigen Einkommens des Vaters während der vergangenen 18 Monate. Bei Zustimmung der Mutter (oder Adoptivmutter) kann der Vater (oder Adoptivvater) mit Beginn des 7. Lebensmonats des Kindes anstelle der Mutter den verbleibenden Zeitraum der 410 Tage sowie die entsprechende Geldleistung in Anspruch nehmen.

Nach Ablauf des Mutterschaftsurlaubs haben Mütter, die seit mindestens 12 Monaten allgemein für Krankheit und Mutterschaft versichert waren, Anspruch auf den Bezug einer Beihilfe für die Pflege kleiner Kinder unter zwei Jahren.

#### Mutterschaftsgeld für nichtversicherte Mütter

Schwangere Frauen, deren monatliches Familieneinkommen pro Kopf einen bestimmten Betrag nicht übersteigt, haben während der Schwangerschaft Anspruch auf eine Pauschalzahlung, falls sie keinen Anspruch auf Mutterschaftsgeld nach dem Sozialversicherungsgesetzbuch haben und ständige Einwohner Bulgariens sind. Diese Beihilfe wird jährlich gemäß Gesetz über den Staatshaushalt der Republik Bulgarien für das jeweilige Jahr festgelegt, wobei der Satz den des Vorjahres nicht unterschreitet.

Falls eine versicherte Frau Versicherungsbeiträge für Krankheit und Mutterschaft zwar entrichtet hat, jedoch die Versicherungszeit gemäß Sozialgesetzbuch für einen Anspruch auf die Geldleistung bei Schwangerschaft und Entbindung nicht ausreicht, so erhält sie eine einmalige Zahlung in Abhängigkeit von der Anzahl der Tage ab dem Beginn des Mutterschaftsurlaubs bis zu dem Zeitpunkt, an dem die erforderliche Versicherungszeit erfüllt ist, jedoch maximal für 45 Tage.

Die Auszahlung erfolgt 45 Tage vor dem Termin der voraussichtlichen Niederkunft.

#### Abgedeckte Leistungen

Die tägliche Geldleistung während Schwangerschaft und Entbindung beträgt 90% des durchschnittlichen Bruttoverdienstes oder versicherungspflichtigen Einkommens der letzten 18 Monate, von dem Beiträge gezahlt wurden oder fällig sind. Der Leistungssatz darf weder unter dem gesetzlichen Mindestlohn liegen noch das durchschnittliche Nettoeinkommen überschreiten.



Der Leistungssatz für die Pflege eines Kleinkindes unter zwei Jahren wird durch das Gesetz über den Haushalt der öffentlichen Sozialversicherung bestimmt und beträgt BGN 240 (€ 123) im Jahre 2011.

Wird das Kind zur Adoption freigegeben oder in einen Kindergarten mit voller staatlicher Förderung gegeben, wird die Zahlung am darauffolgenden Tag eingestellt.

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

Für den Leistungsbezug ist eine Urlaubsbescheinigung erforderlich, die von den Gesundheitsbehörden ausgestellt wird. Der Arbeitgeber ist verpflichtet, die entsprechenden Krankheitstage gegen Vorlage dieser Bescheinigung zu gewähren.

### **Ihr Recht auf Leistungen bei Mutterschaft und Vaterschaft im europäischen Ausland**

Die Koordinierungsbestimmungen decken Leistungen bei Mutterschaft und gleichgestellte Leistungen bei Vaterschaft ab. Wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein müssen, damit ein Leistungsanspruch vorliegt, muss der zuständige Träger (d. h. die Trägereinrichtung in dem Land, in dem Sie versichert sind) die Versicherungs-, Wohn- oder Beschäftigungszeiten berücksichtigen, die gemäß den Rechtsvorschriften eines anderen Mitgliedstaates der Europäischen Union, Islands, Liechtensteins, Norwegens und der Schweiz zurückgelegt wurden.<sup>1</sup>

Grundsätzlich werden Geldleistungen (d. h. Ersatzleistungen für vorübergehend wegfallende Einkommen) nach den Rechtsvorschriften des Staates erbracht, in dem Sie versichert sind, unabhängig von Ihrem jeweiligen Wohn- oder Aufenthaltsort\*. Sachleistungen (z. B. medizinische Versorgung, Arzneimittel und Krankenhauspflege) werden nach den Rechtsvorschriften des Staates erbracht, in dem Sie wohnen, als ob Sie in diesem Staat versichert wären.

Weitere Informationen zur Koordinierung der Sozialleistungsansprüche im Zusammenhang mit Umzügen oder Reisen finden sich unter <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.

<sup>1</sup> Der Text über „Ihre Rechte im europäischen Ausland“ (der vierte Abschnitt jedes Kapitels) wurden von der Europäischen Kommission verfasst. Diese Abschnitte sind in allen Leitfäden gleich und beziehen daher keine Besonderheiten der darüber beschriebenen nationalen Systeme mit ein. Kein Teil dieser Veröffentlichung reflektiert die Meinung des entsprechenden Landes in Bezug auf die EU Koordinierungsregelung der hier beschriebenen Leistungen.

\* Einige besondere beitragsunabhängige Geldleistungen werden ausschließlich in dem Staat erbracht, in dem der Leistungsempfänger wohnt, und sind somit nicht „exportierbar“. Diese Leistungen sind am Ende dieses Leitfadens in Anhang II aufgeführt.



## Kapitel V: Leistungen bei Invalidität

### Anspruch auf Leistungen bei Invalidität

#### Invalidenrente

Versicherte Personen haben Anspruch auf Invalidenrente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit ganz oder teilweise für einen längeren Zeitraum oder dauerhaft verloren haben.

Anspruch auf den Bezug einer Invalidenrente besteht, wenn die folgenden Zugangsbedingungen erfüllt sind:

- bis zum Alter von 20 Jahren: keine Wartezeit;
- bis zum Alter von 25 Jahren: ein Jahr Wartezeit;
- bis zum Alter von 30 Jahren: drei Jahre Wartezeit;
- über 30 Jahre: fünf Jahre Wartezeit;
- Personen, die von Geburt an behindert sind oder die vor Aufnahme der Erwerbstätigkeit eine Behinderung erleiden, haben nach einem Versicherungsjahr Anspruch auf Invalidenrente.

Invalidenrente wird Personen mit einer dauerhaften Erwerbsunfähigkeit von mindestens 50% gewährt. Der Rentenanspruch beginnt mit dem Datum, an dem die Erwerbsunfähigkeit eingetreten ist.

Für von Geburt an blinde bzw. vor Eintritt in den Arbeitsmarkt erblindete Personen wird die Invalidenrente ab dem Tag der Antragstellung gezahlt. Sie wird für die Dauer der Invalidität gewährt.

#### Invaliditätsbeihilfe

Eine Invalidenrente aufgrund allgemeiner Krankheit wird Versicherten gewährt, wenn diese die erforderliche Wartezeit für die Invalidenrente nicht erreicht haben.

### Abgedeckte Leistungen

#### Invalidenrente

Der Betrag der Invalidenrente entspricht dem Produkt der Multiplikation des Einkommens, auf dessen Grundlage die Rente zu jeweils 1,1% pro Beitragsjahr berechnet wird. Ferner werden der als Beitragszeit angerechnete Zeitraum und der entsprechende Teil des Prozentsatzes für die Beitragsmonate je nach Invaliditätsgrad mit folgenden Koeffizienten multipliziert:

- Invaliditätsgrad über 90%: 0,9;
- Invaliditätsgrad zwischen 71% und 90%: 0,7;
- Invaliditätsgrad zwischen 50% und 70,99%: 0,5.

Personen, die mehr als 90% ihrer Erwerbsfähigkeit eingebüßt haben und dauerhafter Hilfe Dritter bedürfen, erhalten eine Rentenzulage in Höhe von 75% der sozialen Altersrente. Die Zulagen werden unabhängig von der Rentenart zu jeder Rente gewährt. Sie werden nicht an die unterstützende Person, sondern an den Rentner selbst gezahlt.



### **Soziale Invalidenrente**

Personen, die das 16. Lebensjahr vollendet haben und mit einem Invaliditätsgrad von mehr als 71% dauerhaft erwerbsgemindert sind, haben Anspruch auf eine soziale Invalidenrente.

Die Höhe der sozialen Invalidenrente für Personen mit verminderter Erwerbsfähigkeit und einem Invaliditätsgrad von mehr als 90% beträgt 120%. Personen mit einer dauerhaften Erwerbsminderung zwischen 71 und 90% erhalten 110% der sozialen Altersrente.

### **Invaliditätsbeihilfe**

Die Höhe der Invaliditätsbeihilfe wegen allgemeiner Krankheit für versicherte Personen, die die erforderliche Wartezeit für die Invalidenrente wegen allgemeiner Krankheit nicht erfüllen können, wird mittels Multiplikation des Tagessatzes für die Beihilfe für zeitweilige Invalidität mit dem Faktor 60 ermittelt.

In Anlehnung an die Invalidenrente wird für die Dauer der Erwerbsminderung eine Beihilfe für externe Hilfe gezahlt. Diese wird vom regionalen oder nationalen Fachausschuss für ärztliche Untersuchung (RFÄU) ermittelt, sofern die Person im betreffenden Jahr noch nicht das Rentenalter erreicht hat. Erreicht eine Person im vom Fachausschuss benannten Zeitraum das Rentenalter, wird die Beihilfe für externe Hilfe lebenslang gewährt.

Die Zahlung der Zulage für externe Hilfe endet bei Wegfall der Anspruchsvoraussetzungen, z. B. Tod des Rentenempfängers, Änderung der Invaliditätsgruppe usw.

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

#### **Invalidenrente**

Die Invalidenrente wird auf Antrag beim Nationalen Institut für Sozialversicherung gewährt. Dem Antrag ist ein Gutachten des regionalen bzw. nationalen Fachausschusses für ärztliche Untersuchung beizufügen, in dem der Invaliditätsgrad angegeben ist.

#### **Invaliditätsbeihilfe**

Erfüllt die versicherte Person nicht die erforderliche Wartezeit für die Gewährung einer Invalidenrente, wird die Rente auf Antrag an die regionale Stelle des Nationalen Instituts für Sozialversicherung gewährt. Dem Antrag sind die folgenden Unterlagen beizufügen:

- Dokumente zum Nachweis der versicherungspflichtigen Stelle (Beschäftigung) bis zum Eintritt der Invalidität;
- Belege über das Bruttoarbeitsentgelt oder Einkommen, für das Versicherungsbeiträge entrichtet wurden;
- ein Fachgutachten des regionalen oder nationalen Fachausschusses für ärztliche Untersuchung.

### **Ihr Anspruch auf Leistungen bei Invalidität im europäischen Ausland**

Der zuständige Träger des Staates, in dem Sie eine Invaliditätsrente beantragen, berücksichtigt die Versicherungs- und Wohnzeiten, die Sie nach den Rechtsvorschriften eines anderen Mitgliedstaats, Islands, Liechtensteins, Norwegens oder der Schweiz zurückgelegt haben, sofern dies für den Anspruch auf Leistungen bei Invalidität nötig ist.



Leistungen bei Invalidität werden unabhängig davon gezahlt, wo in der Europäischen Union, Island, Liechtenstein, Norwegen oder der Schweiz Sie wohnen oder sich aufhalten.\* (Die erforderlichen Verwaltungskontrollen und ärztlichen Untersuchungen werden normalerweise vom zuständigen Träger des Staates, in dem Sie wohnen, durchgeführt. Falls Ihr Gesundheitszustand dies erlaubt, müssen Sie allerdings unter bestimmten Umständen zur Kontrolle in den Staat reisen, der Ihre Rente zahlt.

Jedes Land wendet bei der Bemessung des Invaliditätsgrades seine nationalen Kriterien an. Deshalb kann es vorkommen, dass in einigen Staaten der Invaliditätsgrad einer Person mit 70% bemessen wird, während derselben Person in anderen Staaten entsprechend den dort geltenden Rechtsvorschriften kein Invaliditätsgrad zugestanden wird. Dieser Umstand geht auf die Tatsache zurück, dass die nationalen Sozialversicherungssysteme durch die EU-Bestimmungen nicht harmonisiert, sondern nur koordiniert werden.

Weitere Informationen zur Koordinierung der Sozialleistungsansprüche im Zusammenhang mit Umzügen oder Reisen finden sich unter <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.

---

\* Einige besondere beitragsunabhängige Geldleistungen werden ausschließlich in dem Staat erbracht, in dem der Leistungsempfänger wohnt, und sind somit nicht „exportierbar“. Diese Leistungen sind am Ende dieses Leitfadens in Anhang II aufgeführt.



## Kapitel VI: Renten und Leistungen im Alter

### Anspruch auf Altersrente

Mit Erreichen des gesetzlichen Rentenalters und Nachweis einer bestimmten Anzahl von Versicherungsjahren haben Sie Anspruch auf staatliche Altersrente:

- Männer können mit Vollendung des 63. Lebensjahres sowie bei 37 zurückgelegten Versicherungsjahren Altersrente beanspruchen;
- Frauen können mit Vollendung des 60. Lebensjahres sowie bei 34 zurückgelegten Versicherungsjahren Altersrente beanspruchen;
- Personen, die nicht die erforderliche Versicherungszeit zurückgelegt haben, können mit Vollendung des 65. Lebensjahres Altersrente beanspruchen, wenn sie 15 Versicherungsjahre nachweisen können.

Ab dem 31.12.2011 wird sich die erforderliche Versicherungszeit um jeweils 4 Monate pro Kalenderjahr sukzessive auf 40 Jahre für Männer und 37 Jahre für Frauen verlängern. Ab dem 31.12.2020 wird das Renteneintrittsalter um jeweils 6 Monate pro Kalenderjahr erhöht, bis 63 Jahre für Frauen und 65 Jahre für Männer erreicht sind. Mit dem gleichen Datum wird das Renteneintrittsalter für Personen, die nicht die erforderliche Versicherungsdauer nachweisen können, um jeweils 6 Monate pro Kalenderjahr bis auf 67 Jahre erhöht.

Die Versicherungszeit für Beschäftigte bezieht sich auf Vollzeitbeschäftigung gemäß den gesetzlichen Arbeitszeitregelungen, für die Beiträge entrichtet wurden oder fällig sind, wobei das Arbeitsentgelt nicht unter dem Mindesteinkommen liegen darf. Die Versicherungszeit wird in Stunden, Tagen, Monaten und Jahren angegeben. Bei Teilzeitbeschäftigten berechnet sich die Versicherungszeit anhand der geleisteten Stunden geteilt durch die gesetzliche Arbeitszeit.

Gemäß Versicherungsgesetz können manche Zeiträume als beitragsfreie Versicherungszeit angerechnet werden. Zu den beitragsfreien Versicherungszeiten zählen bezahlter und unbezahlter Erziehungsurlaub, bezahlte oder unbezahlte Beurlaubung wegen vorübergehender Erwerbsminderung sowie Schwangerschaft und Entbindung, bis zu 30 Tage unbezahlter Urlaub pro Kalenderjahr sowie Zeiten des Bezugs von Arbeitslosengeld.

Ferner besteht die Möglichkeit, unter besonderen Voraussetzungen Versicherungszeiten zu erwerben.

### Soziale Altersrente

Eine soziale Altersrente kann Personen ab dem 70. Lebensjahr gewährt werden, wenn das monatliche Pro-Kopf-Einkommen der Familienmitglieder unter dem garantierten Mindesteinkommen liegt (BGN 65 (€ 33) im Jahre 2010). Diese besondere Rentenart ist an keine Beschäftigungsvoraussetzungen gebunden. Sie wird Personen gewährt, die wegen zu geringer Versicherungszeiten keinen Anspruch auf Altersrente haben. Die Auszahlung erfolgt nicht über die Versicherungskassen, sondern aus dem Staatshaushalt. Diese soziale Unterstützung wird aufgrund ihres regelmäßigen Auszahlungsmodus sowie ihrer Verwaltung über die Agentur für Sozialhilfe als Rente definiert.

### Abgedeckte Leistungen

Die Berechnungsgrundlage für die gesetzliche Altersrente ergibt sich aus der Multiplikation des nationalen durchschnittlichen versicherungspflichtigen Einkommens (während der



12 Kalendermonate vor der Bewilligung der Rente) mit dem individuellen Koeffizienten des Antragstellers. Dieser Koeffizient wird anhand des durchschnittlichen monatlichen versicherungspflichtigen Einkommens berechnet.

Die Berechnungsgrundlage wird dann mit 1,1% für jedes Versicherungsjahr und dem entsprechenden Betrag für jeden weiteren Versicherungsmonat multipliziert. Die Berechnungsgrundlage wird ferner mit 3% für jedes Versicherungsjahr multipliziert in Fällen, in denen die Personen Versicherungszeiten von 37 Jahren für Männer und 34 Jahren für Frauen erreicht haben und nach Erreichen des Rentenalters weiterarbeiten, ohne eine Rente zu beziehen.

Die Rentenhöhe darf nicht unter einem Festbetrag liegen sowie einen Höchstbetrag nicht überschreiten. Der Mindestbetrag für Altersrenten wird gemäß Gesetz über den Haushalt der öffentlichen Sozialversicherung festgelegt und liegt im Jahre 2011 bei BGN 136,08 (€ 70). Der Höchstbetrag einer oder mehrerer Renten darf 35% der Obergrenze des versicherungspflichtigen Einkommens des vorangegangenen Jahres nicht übersteigen. Im Jahre 2010 betrug diese Obergrenze BGN 2.000 (€ 1.023), somit beläuft sich im Jahre 2011 die Höchstrente auf BGN 700 (€ 358).

Renten werden jeweils zum 1. Juli angepasst. Dabei kommt die so genannte Schweizer Regel zur Anwendung (50% Inflation + 50% der Steigerungsrate des durchschnittlichen versicherungspflichtigen Einkommens im Vorjahr). Aufgrund von Haushaltsbeschränkungen wurden die Renten letztmals am 1. Juli 2009 angepasst.

Das Zusatzrentensystem basiert auf dem angesammelten Kapital auf dem individuellen Konto der versicherten Person.

### **Bezug von Altersrenten**

Rentanträge sind an die Nationale Sozialversicherungsanstalt zu stellen. Folgende Dokumente sind beizufügen:

- ein Arbeitsbuch und/oder Versicherungsbuch und/oder ein Nachweis über die Erwerbszeiten; oder
- der Bruttolohn oder das versicherungspflichtige Einkommen des Anwärters über drei selbst gewählte aufeinander folgende Jahre innerhalb der 15 Jahre vor dem 31. Dezember 1996 oder das versicherungspflichtige Einkommen nach diesem Datum bis zum Rentenbeginn.

Wurde der Rentenantrag innerhalb der letzten sechs Monate vor Ablauf der Versicherung gestellt, wird die Rente ab diesem Datum gewährt. Erfolgte die Antragstellung sechs Monate nach Versicherungsende, wird die Rente ab dem Datum der Antragstellung gewährt.

Nach Eingang des Antrags wird innerhalb eines Monats eine Mindestrente ausgezahlt. Währenddessen wird die tatsächliche Rente berechnet und zu einem späteren Zeitpunkt ausgezahlt.

### **Soziale Altersrente**

Erforderliche Dokumente für die Gewährung einer sozialen Altersrente:

- ein Antrag auf Gewährung einer sozialen Altersrente, basierend auf einem von der Versicherungsanstalt genehmigten Modell;
- eine Erklärung des Familien- und Güterstandes;
- eine Erklärung über das Pro-Kopf-Einkommen der Familie in den letzten 12 Monate vor Antragstellung.



Für die Ermittlung des Pro-Kopf-Jahreseinkommens der Familie zählen zu den Familienmitgliedern Ehegatten und unverheiratete Kinder bis 18 Jahre sowie ältere behinderte Kinder, die kein anderes Einkommen erzielen und unverheiratet sind.

Die soziale Altersrente wird lebenslang gewährt. Ihr Bezug endet mit dem Tod der anspruchsberechtigten Person.

### **Ihr Anspruch auf Altersrenten im europäischen Ausland**

Die EU-Bestimmungen für Altersrenten betreffen ausschließlich staatliche und keine betrieblichen, beruflichen oder privaten Rentensysteme. Sie garantieren folgende Rechte:

- In jedem EU-Mitgliedstaat (sowie Island, Liechtenstein, Norwegen und der Schweiz), in dem Sie versichert waren, bleiben die Rentenversicherungsbeiträge erhalten, bis das vorgesehene Rentenalter erreicht ist.
- Jeder EU-Mitgliedstaat (sowie Island, Liechtenstein, Norwegen und die Schweiz), in dem Sie versichert sind, zahlt eine gesonderte Rente, sobald Sie das Rentenalter erreichen. Der Rentenbetrag, den Sie aus jedem Mitgliedstaat erhalten, hängt von Ihrer Versicherungszeit in dem betreffenden Staat ab.
- Sie erhalten Ihre Rente unabhängig davon, in welchem Mitgliedstaat der Europäischen Union (plus Island, Liechtenstein, Norwegen und die Schweiz) Sie wohnen\*.

Sie müssen ihren Antrag beim Rentenversicherungsträger desjenigen EU-Mitgliedstaates (bzw. Islands, Liechtensteins, Norwegens oder der Schweiz) einreichen, in dem Sie Ihren Wohnsitz haben, es sei denn, Sie haben niemals dort gearbeitet. In diesem Fall sollten Sie Ihren Rentenanspruch in dem Staat stellen, in dem Sie zuletzt erwerbstätig waren.

Weitere Informationen zur Koordinierung der Sozialleistungsansprüche im Zusammenhang mit Umzügen oder Reisen finden sich unter <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.

---

\* Einige besondere beitragsunabhängige Geldleistungen werden ausschließlich in dem Staat erbracht, in dem der Leistungsempfänger wohnt, und sind somit nicht „exportierbar“. Diese Leistungen sind am Ende dieses Leitfadens in Anhang II aufgeführt.





## Kapitel VII: Leistungen für Hinterbliebene

### Anspruch auf Hinterbliebenenleistungen

Anspruch auf Hinterbliebenenrente haben die Kinder, der überlebende Ehegatte und die Eltern der verstorbenen versicherten Person.

Die Kinder haben Anspruch auf Hinterbliebenenrente bis zur Vollendung des 18. Lebensjahrs. Ab dem 18. Lebensjahr können studierende Kinder des verstorbenen Versicherten für die Zeit ihres Studiums Hinterbliebenenrente bis zum 26. Lebensjahr beziehen. Die überlebenden Kinder des verstorbenen Versicherten, die bereits vor dem 18. Lebensjahr behindert waren, haben ebenfalls Anspruch auf Erhalt der Hinterbliebenenrente bis zum 26. Lebensjahr.

Ist die hinterbliebene Person erwerbsunfähig, hat sie fünf Jahre Anspruch auf Hinterbliebenenrente bis zum Erreichen des Alters von 60 Jahren und 6 Monaten bei Männern bzw. von 55 Jahren und 6 Monaten bei Frauen. Seit dem 31. Dezember 2000 wird dieses Alter je Kalenderjahr um 6 Monate angehoben, bis 63 Jahre für Männer bzw. 60 Jahre für Frauen erreicht sind.

### Hinterbliebenenrente bei Alter und Invalidität

Im Falle des Todes einer versicherten Person erhalten die Erben eine Rente, die der Art der persönlichen Rente entspricht, die der oder die Verstorbene als behinderte Person mit einem Invaliditätsgrad von mehr als 90% erhalten hätte (d. h. für allgemeine Krankheit, Arbeitsunfälle oder Berufskrankheiten).

Hatte die verstorbene Person Anspruch auf eine Rente aufgrund von Versicherungszeiten und Alter, erhalten die Erben eine Hinterbliebenenrente, die sich aus dieser Rente berechnet, sofern dies günstiger für sie ist.

Im Falle des Todes eines Rentenempfängers, welcher eine Invalidenrente aufgrund einer allgemeinen Krankheit bzw. eine persönliche Rente aufgrund von Versicherungszeiten und Alter bezog, ist die Hinterbliebenenrente entsprechend den nachstehend genannten Prozentsätzen je nach Rentenart zu gewähren.

### Hinterbliebenenbeihilfe

Rentner, deren Ehepartner verstorben ist, haben Anspruch auf eine Zusatzrente, die so genannte Hinterbliebenenbeihilfe. Hinterbliebenenbeihilfe wird nur zusätzlich zu einer bestehenden Rente gezahlt. Sie erhalten nur Personen, die bereits eine andere Rente beziehen.

Für den Erhalt dieser Zusatzrente müssen bei der hinterbliebenen Person die folgenden Bedingungen erfüllt sein:

- sie erhält bereits eine persönliche oder Hinterbliebenenrente, unabhängig von deren Art;
- sie darf nach dem Tod des Ehepartners nicht erneut geheiratet haben; bei Wiederheirat endet die Zahlung dieser Beihilfe mit dem Tag der Eheschließung;
- sie darf keine Hinterbliebenenrente von der verstorbenen Person erhalten.

Diese Beihilfe entspricht einem Prozentsatz der Rente des Verstorbenen und dient als Unterstützung des überlebenden Ehepartners. Der Rentenempfänger hat Anspruch auf eine Beihilfe in Höhe von 20% der Rente(n), die der verstorbene Ehepartner bezogen hatte (wird bis zum Jahr 2015 auf 40% erhöht). Für die Berechnung dieser Beihilfe finden die Zulagen zur Rente des verstorbenen Ehepartners keine Berücksichtigung. Hat der



verstorbene Ehepartner nie eine Rente erhalten, berechnet sich die Beihilfe aus der Rente oder der Summe der Renten, auf die der Verstorbene Anspruch gehabt hätte.

### **Abgedeckte Leistungen**

Die Hinterbliebenenrente wird prozentual abhängig von der fälligen Rente der verstorbenen versicherten Person wie folgt berechnet:

1. ein Erbe – 50%;
2. zwei Erben – 75%;
3. drei und mehr Erben – 100%.

Im Falle des Todes beider Elternteile (oder Adoptiveltern) haben die Kinder Anspruch auf Hinterbliebenenbeihilfe. Diese ermittelt sich aus der Summe der Renten des Verstorbenen.

### **Bezug von Leistungen für Hinterbliebene**

Anträge auf Hinterbliebenenrente können an die Regionalstellen<sup>2</sup> der Nationalen Sozialversicherungsanstalt gestellt werden. Folgende Dokumente sind hierfür vorzulegen:

- Erbenbescheinigung;
- Bescheinigung zum Nachweis, dass der hinterbliebene Ehepartner nicht wieder geheiratet hat;
- Dokumente, die die Versicherungszeiten des verstorbenen Versicherten belegen – Arbeitsbuch, Versicherungsbuch und nachgewiesene Versicherungszeiten, wenn die verstorbene Person kein Rentner war.

### **Ihr Anspruch auf Hinterbliebenenleistungen im europäischen Ausland**

Grundsätzlich gelten für die Zahlung von Hinterbliebenen- oder Waisenrenten und Sterbegeld dieselben Regeln wie für Invaliditäts- und Altersrenten (siehe Kapitel V und VI). Hinterbliebenenrenten und Sterbegeld müssen ohne Abzug, Änderung oder Aufschub gezahlt werden, unabhängig davon, wo die Hinterbliebenen in der EU, in Island, Liechtenstein, Norwegen oder der Schweiz wohnen\*.

Weitere Informationen zur Koordinierung der Sozialleistungsansprüche im Zusammenhang mit Umzügen oder Reisen finden sich unter <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.

---

<sup>2</sup> örtliche Zweigstelle

\* Einige besondere beitragsunabhängige Geldleistungen werden ausschließlich in dem Staat erbracht, in dem der Leistungsempfänger wohnt, und sind somit nicht „exportierbar“. Diese Leistungen sind am Ende dieses Leitfadens in Anhang II aufgeführt.



## Kapitel VIII: Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten

### Anspruch auf Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten

Alle Personen mit einem Arbeitsvertrag, Dienstleistungsvertrag, in gewählten Positionen, Genossenschaften oder mit Managementverträgen sind im Rahmen des Arbeitsunfall- und Berufskrankheitenfonds gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten versichert. Dazu zählen Invalidität, Tod, vorübergehende Erwerbsminderung sowie temporäre Erwerbsminderung aufgrund von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten.

Die Höhe der Beiträge zur Sozialversicherung wird prozentual abhängig vom monatlichen versicherungspflichtigen Einkommen der versicherten Person berechnet.

### Abgedeckte Leistungen

Unabhängig von der Versicherungsdauer haben versicherte Personen Anspruch auf:

- Geldleistungen bei dringenden ärztlichen Untersuchungen, Tests und Behandlungen;
- Heilstättenbehandlung;
- Geldleistungen für vorübergehende Erwerbsminderung aufgrund von Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten;
- Geldleistungen für Prävention und Rehabilitation;
- Invalidenrenten aufgrund von Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten;
- Geldleistungen für technische Hilfsmittel bei Invalidität.

Die tägliche Geldleistung für vorübergehende Erwerbsminderung aufgrund eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit beträgt 90% des durchschnittlichen täglichen Bruttotagesverdiensts oder des durchschnittlichen versicherungspflichtigen täglichen Einkommens während der vorangegangenen 12 Monate. Ist die vorübergehende Erwerbsminderung innerhalb von 30 Kalendertagen nach Beendigung eines Arbeitsverhältnisses oder einer Versicherung eingetreten, wird die Geldleistung für den Zeitraum der Erwerbsminderung, jedoch nicht länger als 30 Kalendertage gezahlt.

### Bezug von Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten

Für den Leistungsanspruch muss die temporäre Erwerbsunfähigkeit durch ein ärztliches Attest belegt werden. Dieses Attest muss am Tag der Feststellung der Erwerbsunfähigkeit ausgestellt werden, wobei der Beginn derselben auf den Vortag, den gleichen Tag oder den darauffolgenden Tag terminiert sein kann. Aus dem Krankheitsattest müssen die Art der Erwerbsunfähigkeit, die Erforderlichkeit und Art der Behandlung sowie die Dauer der Erwerbsunfähigkeit hervorgehen.

Das Attest ist dem Arbeitgeber auszuhändigen bzw. ist dieser über die Ausstellung innerhalb von zwei Werktagen in Kenntnis zu setzen. Der Arbeitgeber ist zur Anerkennung der Erwerbsunfähigkeit verpflichtet und muss der versicherten Person für den ersten Arbeitstag der vorübergehenden Erwerbsminderung ein durchschnittliches tägliches Bruttoentgelt zahlen.

Geldleistungen für den zweiten und die darauffolgenden Tage der vorübergehenden Erwerbsminderung werden von der Nationalen Sozialversicherungsanstalt berechnet und auf das vom Versicherten angegebene Konto überwiesen.



Bis Ende 2011 werden für den ersten, zweiten und dritten Tag der vorübergehenden Erwerbsminderung 70% des durchschnittlichen Bruttoentgelts vom Arbeitgeber gezahlt. Ab dem vierten Tag übernimmt die Nationale Sozialversicherungsanstalt die Zahlung der Geldleistungen in Höhe von 80% des durchschnittlichen Bruttoentgelts.

### **Ihr Anspruch auf Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten im europäischen Ausland**

Die EU-Bestimmungen über Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten sind den Bestimmungen über Leistungen bei Krankheit sehr ähnlich (siehe Kapitel II und III)<sup>3</sup>. Wenn Sie innerhalb der Europäischen Union (einschließlich Island, Liechtenstein, Norwegen und Schweiz) Ihren Wohn- oder Aufenthaltsort in einem Land haben, aber in einem anderen Land gegen das Risiko der Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten versichert sind, haben Sie dort in der Regel einen Anspruch auf medizinische Sachleistungen im Zusammenhang mit einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit. Geldleistungen werden in der Regel von Ihrem Versicherungsträger ausgezahlt, auch wenn Sie in einem anderen Land wohnen oder sich aufhalten.\*

Wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein müssen, damit ein Leistungsanspruch bei Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten vorliegt, muss der zuständige Träger die Versicherungs-, Wohn- oder Beschäftigungszeiten berücksichtigen, die nach den Rechtsvorschriften anderer Mitgliedstaaten der Europäischen sowie Islands, Liechtensteins, Norwegens oder der Schweiz zurückgelegt wurden. Dadurch wird sichergestellt, dass Arbeitnehmer Ihren Versicherungsschutz nicht dadurch verlieren, dass sie Ihre Berufstätigkeit in einem anderen Staat fortsetzen.

Weitere Informationen zur Koordinierung der Sozialleistungsansprüche bei Aufenthalten oder Reisen finden sich unter <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.

---

<sup>3</sup> Der Text über „Ihre Rechte im europäischen Ausland“ (der vierte Abschnitt jedes Kapitels) wurden von der Europäischen Kommission verfasst. Diese Abschnitte sind in allen Leitfäden gleich und beziehen daher keine Besonderheiten der darüber beschriebenen nationalen Systeme mit ein. Kein Teil dieser Veröffentlichung reflektiert die Meinung des entsprechenden Landes in Bezug auf die EU Koordinierungsregelung der hier beschriebenen Leistungen.

\* Einige besondere beitragsunabhängige Geldleistungen werden ausschließlich in dem Staat erbracht, in dem der Leistungsempfänger wohnt, und sind somit nicht „exportierbar“. Diese Leistungen sind am Ende dieses Leitfadens in Anhang II aufgeführt.



## Kapitel IX: Familienleistungen

### Anspruch auf Familienleistungen

Familienleistungen und bestimmte Leistungen bei Mutterschaft gelten als Familienleistungen im Sinne der EU-Koordinierungsbestimmungen.

Mit Familienleistungen in Form von Geld- oder Sachleistungen sollen Zeiten der Schwangerschaft sowie der Geburt und Erziehung von Kindern finanziell unterstützt werden. Es gibt sowohl Einmal- als auch monatliche Zahlungen.

Familienbeihilfe kann von folgenden Personengruppen bezogen werden:

- schwangere Frauen mit bulgarischer Staatsbürgerschaft;
- Familien mit bulgarischer Staatsbürgerschaft – für die Kinder, die in Bulgarien aufgezogen werden;
- Familien, in denen ein Elternteil bulgarischer Staatsbürger ist – für Kinder mit bulgarischer Staatsbürgerschaft, die in Bulgarien aufgezogen werden;
- Familien oder Angehörige von Pflegefamilien – für Pflegekinder in diesen Familien gemäß Gesetzgebung zum Kindeswohl;
- schwangere Frauen mit ausländischer Staatsangehörigkeit und Familien ausländischer Staatsbürger, die dauernd in Bulgarien leben und dort ihre Kinder aufziehen, falls diese Leistung in einem anderen Gesetz oder einem internationalen Abkommen vorgesehen ist.

Für einen Anspruch auf Familienleistungen darf das durchschnittliche monatliche Pro-Kopf-Einkommen der Familie für die vorangegangenen 12 Monate das gemäß Gesetz über den Staatshaushalt der Republik Bulgarien für das betreffende Jahr festgelegte Einkommen (BGN 350 (€ 179) in 2011) nicht überschreiten. Die Einkommensbedingung gilt nur für das monatliche Kindergeld bis zum Abschluss der Sekundarbildung, doch höchstens bis zum Alter von 20 Jahren, sowie für die gezielten Beihilfen für die Betreuung von Kindern unter einem Jahr bzw. für Kinder in der ersten Klasse.

### Abgedeckte Leistungen

- Zu den Familienleistungen zählt Folgendes:
- Pauschalzahlungen für die Schwangerschaft;
- Pauschalzahlungen zur Entbindung;
- Pauschalzahlungen für die Erziehung von Zwillingen bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres;
- Pauschalzahlungen für die Erziehung eines Kindes unter einem Jahr für in Vollzeit studierende Mütter;
- monatliches Kindergeld bis zum Abschluss der Sekundarbildung, doch höchstens bis zum Alter von 20 Jahren;
- monatliches Erziehungsgeld für Kinder unter einem Jahr;
- gezielte Beihilfen für Kinder der ersten Klasse;
- gezielte Beihilfe für die Gratisbeförderung kinderreicher Mütter per Bus und Bahn im Inland;



- monatliche Beihilfe für Kinder unter 18 Jahren mit einer dauernden Erwerbsunfähigkeit bis zum Abschluss der Sekundarbildung, doch höchstens bis zum Alter von 20 Jahren.

### Bezug von Familienleistungen

Familienleistungen für Kinder werden von der Sozialbehörde gewährt. Hierfür ist von der Mutter oder einem anderen rechtlichen Vormund des Kindes ein Antragsformular einzureichen, das vom Ministerium für Arbeit und Sozialpolitik genehmigt ist.

Anträgen auf pauschale Entbindungsbeihilfe sind die folgenden Dokumente beizufügen:

- Geburtsurkunde des Kindes im Original;
- Kopien der Geburtsurkunden aller Kinder dieser Mutter.

Der Anspruch entsteht am Tag der Entbindung, es sei denn, das Kind wurde einer spezialisierten Einrichtung für Kinder zur Betreuung übergeben. Diese Beihilfe kann innerhalb von drei Jahren zum Ende des Geburtsmonats des Kindes beantragt werden.

Den Anträgen auf Familienbeihilfe für Kinder unter 18 Jahren ist beizufügen:

- einen Nachweis über das monatliche Brutto-Familieneinkommen für die dem Antragsmonat vorangegangenen sechs Kalendermonate (für Arbeitnehmer oder Beamte). Es sind auch Einkünfte aus Renten, Unterstützungsleistungen und Stipendien anzugeben.
- eine offizielle Bescheinigung der Schule, in der das Kind angemeldet ist, aus der hervorgeht, dass das Kind Schüler ist und regelmäßig den Unterricht besucht.

Anträgen für monatliche Leistungen für Kinder bis zu einem Jahr ist Folgendes beizufügen:

- ein Nachweis über das monatliche Bruttofamilieneinkommen in den dem Antragsmonat vorangegangenen Kalendermonaten;
- eine Kopie der Geburtsurkunde des Kindes.

### Ihr Anspruch auf Familienleistungen im europäischen Ausland

Bei Familienleistungen bestehen je nach Land erhebliche Unterschiede im Hinblick auf ihre Ausgestaltung und auf ihre Höhe.\* Sie sollten sich deshalb informieren, welcher Staat für die Gewährung dieser Leistungen zuständig ist und welche Anspruchsvoraussetzungen gelten. Allgemeine Grundsätze über die Bestimmung der rechtlichen Zuständigkeit finden sich unter <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=849&langId=de>.

Der für die Zahlung der Familienleistungen zuständige Staat muss die Versicherungszeiten anrechnen, die nach den Rechtsvorschriften eines anderen Mitgliedstaats der Europäischen Union sowie Islands, Liechtensteins, Norwegens oder der Schweiz zurückgelegt wurden, falls dies für die Begründung eines Anspruchs erforderlich ist.

Sofern für eine Familie nach den Rechtsvorschriften mehrerer Staaten Anspruch auf Familienleistungen besteht, erhält sie grundsätzlich den Höchstbetrag der Familienleistungen, der nach den Gesetzen eines dieser Staaten vorgesehen ist. Mit anderen Worten: Die Familie wird so gestellt, als ob alle betreffenden Personen in dem Staat mit den günstigsten Gesetzen wohnhaft und auch dort versichert wären.

---

\* Einige besondere beitragsunabhängige Geldleistungen werden ausschließlich in dem Staat erbracht, in dem der Leistungsempfänger wohnt, und sind somit nicht „exportierbar“. Diese Leistungen sind am Ende dieses Leitfadens in Anhang II aufgeführt.



Für ein und denselben Familienangehörigen können für ein und denselben Zeitraum nicht zweimal Familienleistungen bezogen werden. Es gibt Prioritätsregeln, nach denen festgelegt ist, dass die Zahlung von Leistungen eines Staates bis zur Höhe der Leistungen desjenigen Staates ausgesetzt wird, der die Hauptzuständigkeit für die Zahlungen trägt.

Weitere Informationen zur Koordinierung der Sozialleistungsansprüche im Zusammenhang mit Umzügen oder Reisen finden sich unter <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.



## Kapitel X: Arbeitslosigkeit

### Anspruch auf Leistungen bei Arbeitslosigkeit

Jeder Arbeitnehmer, für den der Arbeitgeber Beiträge zur Arbeitslosenversicherung abführt, ist gegen das Risiko Arbeitslosigkeit versichert. Arbeitgeber müssen mit Beginn des Arbeits-, Management- oder Kontrollvertrags Beiträge abführen.

Personen, die während mindestens 9 Monaten innerhalb der 15 Monate vor Versicherungsende Beiträge zur Arbeitslosenversicherung gezahlt haben, haben Anspruch auf Arbeitslosenleistungen unter den folgenden Bedingungen:

- sie haben sich bei der Beschäftigungsagentur als arbeitssuchend gemeldet;
- ihnen stehen keine Versicherungszahlungen zu bzw. sie erhalten keine Zahlungen aus der Altersrente oder beziehen vorzeitig berufliche Rente;
- sie haben keine Arbeit.

### Abgedeckte Leistungen

Versicherte Personen haben Anspruch auf:

- Benachrichtigungen über freie Stellen;
- Unterstützung bei der Suche nach einer geeigneten Arbeitsstelle;
- Arbeitslosenleistungen und -beihilfen.

Arbeitslosenleistungen werden für 4 bis 12 Monate gezahlt, je nach der Dauer der Beitragszahlung:

- für ein versicherungspflichtiges Einkommen bis zu 3 Jahren werden Leistungen für 4 Monate gewährt;
- für 3 bis 5 Jahre werden Leistungen für 6 Monate gewährt;
- für 5 bis 10 Jahre werden Leistungen für 8 Monate gewährt;
- für 10 bis 15 Jahre werden Leistungen für 9 Monate gewährt;
- für 15 bis 20 Jahre werden Leistungen für 11 Monate gewährt;
- für eine Einzahlungsdauer von mehr als 25 Jahren werden Leistungen für 12 Monate gewährt.

Der Tagessatz für die Arbeitslosenleistung beträgt 60% des Durchschnittslohns bzw. des durchschnittlichen beitragspflichtigen Einkommens, für das in den letzten 18 Kalendermonaten vor Versicherungsende Beiträge zur Arbeitslosenversicherung abgeführt wurden. Er darf nicht unter einem bestimmten Mindestbetrag liegen. Der Mindesttagessatz des Arbeitslosengeldes wird jährlich durch das Gesetz über den Haushalt der öffentlichen Sozialversicherung bestimmt. Seit dem 1. Januar 2011 liegt der Mindesttagessatz des Arbeitslosengeldes bei BGN 7,20 (€ 3,68).

Arbeitssuchende Personen, die ihren Arbeitsplatz selbst gekündigt haben, mit ihrem Einverständnis oder wegen ihres eigenen unangemessenen Verhaltens gekündigt wurden, erhalten den Mindestsatz des Arbeitslosengeldes für 4 Monate.





## Bezug von Leistungen bei Arbeitslosigkeit

Das Arbeitslosengeld wird auf Antrag bei der örtlichen Zweigstelle der Nationalen Sozialversicherungsanstalt gewährt. Der Antrag ist persönlich am ständigen bzw. vorübergehenden Wohnsitz zu stellen. Die Leistung wird ab dem Datum des Versicherungsendes gezahlt, wenn der Antrag innerhalb von 3 Monaten nach diesem Termin eingereicht wurde. Geht der Antrag ohne akzeptable Begründung erst nach diesem Datum ein, wird die Leistung für den angegebenen Zeitraum, verkürzt um die Verspätung, gewährt.

Die Leistungen der Nationalen Sozialversicherungsanstalt werden auf das vom Antragsteller angegebene Bankkonto ausgezahlt.

## Ihr Anspruch auf Leistungen bei Arbeitslosigkeit im europäischen Ausland

Normalerweise ist der Staat Ihrer Erwerbstätigkeit für die Gewährung von Arbeitslosenleistungen zuständig, da Sie grundsätzlich unter dessen Rechtsvorschriften fallen. Für Grenzgänger und sonstige grenzüberschreitende Pendler, die nicht im Staat ihrer Erwerbstätigkeit wohnen, gelten Sonderregelungen.

Zur Erfüllung der Beitragsvoraussetzungen können Versicherungs- oder Beschäftigungszeiten, die nach den Rechtsvorschriften eines anderen Mitgliedstaats der Europäischen Union sowie Islands, Liechtensteins, Norwegens oder der Schweiz zurückgelegt wurden, herangezogen werden.

Wenn Sie in einem anderen Land der Europäischen Union, Island, Liechtenstein, Norwegen oder der Schweiz nach Arbeit suchen wollen, können Sie diese Leistungen unter bestimmten Bedingungen für einen begrenzten Zeitraum ins Ausland mitnehmen.\*

Weitere Informationen zur Koordinierung der Sozialleistungsansprüche im Zusammenhang mit Umzügen oder Reisen finden sich unter <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.

---

\* Einige besondere beitragsunabhängige Geldleistungen werden ausschließlich in dem Staat erbracht, in dem der Leistungsempfänger wohnt, und sind somit nicht „exportierbar“. Diese Leistungen sind am Ende dieses Leitfadens in Anhang II aufgeführt.



## Kapitel XI: Mindestsicherung

### Anspruch auf Leistungen zur Mindestsicherung

Mit Sozialleistungen als Geld- sowie als Sachleistungen soll ein Einkommen zur Sicherung der wesentlichen Lebensumstände bzw. zur Begleichung notwendiger Sonderausgaben von Einzelpersonen und Familien gewährt werden. Die Sozialleistungen werden Personen gewährt, die alle anderen Möglichkeiten zur Bestreitung ihres eigenen Lebensunterhalts sowie die ihrer Angehörigen ausgeschöpft haben.

Personen oder Familien, deren Einkommen im Vormonat unter dem festgelegten differenzierten Mindesteinkommen liegt, haben Anspruch auf eine monatliche Leistung.

### Abgedeckte Leistungen

Der Ministerrat legt den monatlichen Betrag des Garantierten Mindesteinkommens (GME) fest, das als Grundlage für die Bestimmung des Sozialhilfesatzes dient. Im Jahre 2011 liegt das GME bei BGN 65 (€ 33).

Einzelpersonen und Familien mit niedrigem Einkommen haben das Recht auf monatliche soziale Beihilfe, gezielte Sozialhilfeleistungen zur Abdeckung besonderer Bedürfnisse in Bezug auf Reisen, Erkrankungen, medizinische Behandlung im Ausland, Unterkunft usw. bzw. Pauschalleistungen zur Deckung außerordentlicher Bedürfnisse.

Ferner können Einzelpersonen und Familien, deren Einkommen unter einer bestimmten Grenze liegt, eine Heizzulage für fünf aufeinanderfolgende Monate (November – März) beantragen. Die Höhe der monatlichen Heizzulage wird vom Minister für Arbeit und Sozialpolitik festgelegt.

### Bezug von Leistungen zur Mindestsicherung

Sozialleistungen werden auf Antrag der bedürftigen Personen oder ihrer ermächtigten Vertreter gewährt. Für die Gewährung der Beihilfe werden folgende Aspekte berücksichtigt:

- das Einkommen der Person oder der Familie;
- der Güterstand der Person;
- der Familienstand der Person;
- der Gesundheitszustand der Person;
- jegliche Arbeits- und/oder Ausbildungsverpflichtungen;
- das Alter.

Sozialleistungen sind steuer- und gebührenfrei.

Arbeitsuchende Personen im arbeitsfähigen Alter, die eine monatliche Leistung beziehen und nicht an Beschäftigungsprogrammen teilnehmen, sind zur Annahme von Gemeindearbeiten für 14 Tage, 4 Stunden täglich, verpflichtet. Diese werden im Rahmen von Programmen der Gemeindeverwaltung zur Erbringung von sozialen Leistungen, Umweltprogrammen, Entwicklung und Sanierung von Gemeinden und sonstigen Gemeindeaktivitäten organisiert.



## **Ihr Anspruch auf Leistungen zur Mindestsicherung im europäischen Ausland**

Einige besondere beitragsunabhängige Geldleistungen werden ausschließlich in dem Staat erbracht, in dem der Leistungsempfänger wohnt, und sind somit nicht „exportierbar“. Diese Leistungen sind am Ende dieses Leitfadens in [Anhang II](#) aufgeführt.

Die EU-Koordinierungsbestimmungen beziehen sich ausschließlich auf Leistungen der sozialen Sicherheit und nicht auf Sozialhilfeleistungen.

Weitere Informationen zur Koordinierung der Sozialleistungsansprüche im Zusammenhang mit Umzügen oder Reisen finden sich unter <http://ec.europa.eu/social-security-coordination..>



## Kapitel XII: Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

### Anspruch auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn eine Person erkrankt oder unter einer Behinderung leidet, die es ihr unmöglich macht, ihre normalen täglichen Verrichtungen auszuführen und wenn abzusehen ist, dass diese Behinderung langfristig bestehen bleibt. Bei älteren Menschen wird dies durch eine fortschreitende Gebrechlichkeit aufgrund des Alterungsprozesses oder die chronischen Folgen akuter Schädigungen wie eines Schlaganfalls, eines Sturzes oder einer schweren Arthritis bedingt. Pflege kann auch für psychisch Kranke erforderlich werden. Die häufigste Beeinträchtigung für ältere Menschen ist die Alzheimer-Krankheit.

In Bulgarien fällt die Pflege in die Zuständigkeit des Sozialhilfesektors. Dieser basiert auf dem Beitragsprinzip für eine Reihe sozialer Risiken und gewährt derzeit keine soziale Absicherung für den Pflegefall.

### Abgedeckte Leistungen

Pflege wird aus einem der folgenden staatlichen Programme erbracht:

- Zurechnungsbeträge für externe Hilfsleistungen werden Rentnern gezahlt, die mehr als 90% ihrer Erwerbsfähigkeit eingebüßt haben und ständiger Hilfe Dritter bedürfen. Sie erhalten eine Rentenzulage in Höhe von 75% ihrer sozialen Altersrente.
- Im Rahmen des nationalen Programms „Helfer für Personen mit Behinderung“ können Personen mit Behinderungen oder schweren Erkrankungen Pflege in häuslicher Umgebung erhalten. Dieses Programm zielt darauf ab, arbeitssuchenden Personen einen Arbeitsplatz als persönlicher oder sozialer Helfer zu verschaffen. Persönliche Helfer unterstützen Familien, in denen eine Person mit Behinderungen auf Pflege angewiesen ist. Soziale Helfer unterstützen behinderte, schwerkranke, erkrankte oder einsame Menschen bei ihren täglichen Verrichtungen, organisieren ihre Freizeit sowie Aktivitäten zur sozialen Eingliederung. Dieses Programm wird durch Steuern finanziert.
- Das Programm „Persönliche Hilfe“, das von der Agentur für Sozialhilfe und den Gemeinden umgesetzt wird, fördert durch dauerhafte Pflege die soziale Integration von Kindern mit Behinderungen und Personen mit schweren Erkrankungen, um sie bei der Bewältigung der täglichen Bedürfnisse zu unterstützen. Das Programm wird durch den Europäischen Sozialfonds finanziert.
- mit den Programmen für die Aktivitäten von „sozialen Helfern“ und „Haushaltshelfern“ werden Projekte der Gemeinden und Nichtregierungsorganisationen finanziert, die sich für die Förderung dieser Aktivitäten beworben haben. Das Programm wird durch den Europäischen Sozialfonds finanziert.
- besondere Einrichtungen für Sozialeistungen unter der Ägide der Agentur für Sozialhilfe erbringen soziale Leistungen in Einrichtungen mit Verpflegung, in denen Personen getrennt von ihrer häuslichen Umgebung untergebracht sind. Dazu zählen Kinderheime, Heime für Erwachsene mit Behinderungen, soziale Einrichtungen für Bildung und Ausbildung, Altenheime und zeitlich begrenzte Unterkünfte.

Ein persönlicher Helfer betreut Ältere und Kinder mit schweren Behinderungen, die tagsüber auf Hilfe angewiesen sind. Zum Empfängerkreis zählen:

- Einzelpersonen, die ständiger Hilfe bedürfen, die zu mindestens 90% dauernd erwerbsunfähig sind und Anspruch auf externe Unterstützung haben;



- Kinder mit mindestens 50% verminderter Fähigkeit zur sozialen Anpassung, die Anspruch auf externe Unterstützung haben;
- aus besonderen Behinderteneinrichtungen entlassene Einzelpersonen oder Kinder.

Ein sozialer Helfer kann im Rahmen einer Teilzeitstelle tätig sein und seine Leistungen können lediglich für mittelschwere Fälle in Anspruch genommen werden, wenn die betreute Person zu sozialen Aktivitäten, Rehabilitationsmaßnahmen oder zum Arbeitsplatz begleitet wird, sofern sie erwerbstätig ist. Zum Empfängerkreis zählen:

- Einzelpersonen mit mindestens 90% dauerhafter Erwerbsunfähigkeit, denen externe Unterstützung bewilligt wurde;
- Kinder mit mindestens 50% verminderter Fähigkeit zur sozialen Anpassung, die Anspruch auf externe Unterstützung haben;
- schwerkranke und einsame Menschen, die nicht in der Lage sind, für sich selbst zu sorgen;
- Einzelpersonen/Kinder, die aus besonderen Behinderteneinrichtungen entlassen wurden.

Personen, denen sowohl die Leistungen eines persönlichen Helfers als auch eines sozialen Helfers zustehen, müssen einen davon auswählen.

Ein Haushaltshelfer muss über keine besonderen Qualifikationen verfügen und nimmt gewöhnliche Betreuungsaufgaben wahr.

## **Bezug von Leistungen bei Pflegebedürftigkeit**

### **Zulage für externe Unterstützung**

Die Zulage für die externe Unterstützung wird vom regionalen oder nationalen Fachausschuss für ärztliche Untersuchung ermittelt. Sie entscheiden darüber, ob die betreffende Person in der Lage ist, für sich selbst zu sorgen oder der Hilfe einer weiteren Person bedarf. Dem Antrag auf Rentenzulage für externe Unterstützung sind die folgenden Dokumente beizufügen:

- das Antragsformular;
- die Entscheidung des regionalen Fachausschusses für ärztliche Untersuchung mit allen erforderlichen medizinischen Daten des Rentners, dem Grad der Erwerbsunfähigkeit sowie Angaben über den Anspruchszeitraum der Zulage;
- die Entscheidung des ärztlichen Ausschusses der örtlichen Zweigstelle der Nationalen Sozialversicherungsanstalt.

### **In der Gemeinde erbrachte soziale Leistungen**

Personen, die soziale Leistungen in Anspruch nehmen wollen, müssen ihren Antrag schriftlich an folgende Personen richten:

- den Leiter des Sozialen Hilfsdienstes – für Sozialleistungen, die von Seiten des Staates erbracht werden;
- den Bürgermeister der Gemeinde – für Sozialleistungen, die von der Gemeinde erbracht werden;
- das Verwaltungsorgan – wenn der Leistungserbringer eine Einzelperson gemäß Gesellschaftsrecht oder eine Rechtsperson ist.



## Ihr Anspruch auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit im europäischen Ausland

Bei Leistungen im Pflegefall gelten ebenso wie bei Krankengeldleistungen die EU-Bestimmungen über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit. Geldleistungen im Pflegefall werden nach den Rechtsvorschriften des Staates erbracht, in dem Sie versichert sind, unabhängig von Ihrem jeweiligen Wohn- oder Aufenthaltsort\*.

Sachleistungen im Pflegefall werden nach den Rechtsvorschriften des Staates erbracht, in dem Sie wohnen oder sich aufhalten, als ob Sie in diesem Staat versichert wären.

Weitere Informationen zur Koordinierung der Sozialleistungsansprüche im Zusammenhang mit Umzügen oder Reisen finden sich unter <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.

Weitere Informationen zur Koordinierung der Sozialleistungsansprüche bei Aufenthalten oder Reisen finden sich unter <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=26&langId=de>.

---

\* Einige besondere beitragsunabhängige Geldleistungen werden ausschließlich in dem Staat erbracht, in dem der Leistungsempfänger wohnt, und sind somit nicht „exportierbar“. Diese Leistungen sind am Ende dieses Leitfadens in Anhang II aufgeführt.



## Anhang I: Nützliche Kontaktdaten und Internetadressen

Eine detaillierte Aufstellung der Leistungen der sozialen Sicherheit in Bulgarien und in anderen Mitgliedstaaten kann der Webseite des MISSOC-Netzwerkes entnommen werden:

Für Fragen der sozialen Sicherheit, die mehr als einen Mitgliedstaat der EU betreffen, können Sie in dem von der Kommission geführten Verzeichnis der Träger einen Kontakt-Träger in Europa auswählen. Das Verzeichnis finden Sie unter: [http://ec.europa.eu/employment\\_social/social-security-directory/welcome.seam?langId=de](http://ec.europa.eu/employment_social/social-security-directory/welcome.seam?langId=de)

### **Nationale Agentur für öffentliche Einnahmen**

52, Kniaz Dondukov Blvd.  
1000 Sofia, Bulgarien  
Tel.: (+359 2) 9859 3037  
E-Mail: [infocenter@nra.bg](mailto:infocenter@nra.bg)  
[www.nra.bg](http://www.nra.bg)

### **Nationales Institut für Sozialversicherung**

1303 Sofia  
62-64 Alexander Stamboliiski Blvd.  
Tel.: (+359 2) 926 10 10  
E-Mail: [noi@nssi.bg](mailto:noi@nssi.bg)  
[www.noi.bg](http://www.noi.bg)

### **Nationale Krankenversicherungskasse**

1407 Sofia  
1, Krichim Straße  
Informationen für Bürger: Tel.: (+359) (0) 800 14 800 – Inlandsverbindung  
[www.nhif.bg](http://www.nhif.bg)

### **Ministerium für Arbeit und Soziales**

Sofia 1051  
2 Triaditsa Straße  
Tel.: (+359 2) 8119 443; Fax: (+359 2) 988 44 05; 986 13 18  
E-Mail: [mlsp@mlsp.government.bg](mailto:mlsp@mlsp.government.bg)  
[www.mlsp.government.bg](http://www.mlsp.government.bg)

### **Kommission für Finanzkontrolle**

1303 Sofia  
33, Shar Planina Straße  
Vermittlung: (+359 2) 94 04 999  
Pressestelle: (+359 2) 94 04 582; Fax: (+359 2) 829 43 24  
E-Mail: [bg\\_fsc@fsc.bg](mailto:bg_fsc@fsc.bg)  
[www.fsc.bg](http://www.fsc.bg)



## Anhang II: Besondere beitragsunabhängige Geldleistungen

Bestimmte Sozialleistungen, die als besondere beitragsunabhängige Geldleistungen<sup>4</sup> bezeichnet werden, zahlt ausschließlich der Staat, in dem die betroffene Person ihren Wohnsitz hat. Es ist daher auch bei fortgesetztem Versicherungsschutz in Bulgarien nicht möglich, diese Geldleistungen in das europäische Ausland zu „exportieren“.

In Bulgarien gibt es die folgenden beitragsunabhängigen Leistungen:

- Soziale Altersrente (Artikel 89 Gesetzbuch der Sozialversicherung)
- Pauschalleistung für Schwangere (Artikel 5 Buchstabe a Familienleistungsgesetz für Kinder)
- Staatliche Unterhaltsleistungen gemäß Artikel 92 Familiengesetzbuch

---

<sup>4</sup> In Anhang X der Verordnung (EG) Nr. 883/2004, geändert durch die Verordnung (EG) Nr. 988/2009.