

INFORMACIÓN SOCIOLABORAL

ENERO 2010

LOS SEGUROS DE ENFERMEDAD Y DEPENDENCIA EN ALEMANIA

(CON INFORMACIÓN SOBRE EL FONDO DE LA SANIDAD)

Jesús LÓPEZ LERMA

Jefe de la Sección de Trabajo e Inmigración en el
Consulado General de España en Hannover
Bödekerstr. 22 – 30161 Hannover



*Consejería del Ministerio de Trabajo e Inmigración
Lichtensteinallee 1 - 10787 Berlín*

ÍNDICE

Temas:	Página
Seguro obligatorio	4
Seguro voluntario	5
Afiliación	6
Extinción de la afiliación	6
El fondo de la sanidad y cuotas	7
Trabajadores por cuenta propia y autónomos	11
Valor de referencia (Bezugsgröße)	12
Miniempleos	12
Asistencia sanitaria	14
Tratamiento médico	15
Tarjeta del asegurado	15
Tratamiento preventivo	16
Topes en las aportaciones propias (copago)	17
Bonificaciones	19
Hospitalización	19
Medicamentos y farmacia	20
Consulta médica	22
Estancias en sanatorios y balnearios	24
Dentista	25
Tratamiento ortodontológico para niños	25
Protección dental	26
Gastos de viaje	27
Asistencia domiciliaria para enfermos	27
Gafas	28
Masajes - Baños	28
Prótesis - medios auxiliares	28
Subsidio por defunción	29
Ayudas al hogar	29
Planificación familiar - abortos	29
Seguro de enfermedad para pensionistas	32

Derecho de elección de caja aseguradora	38
Subsidio por enfermedad	39
Por enfermedad de hijos	42
Pago del salario en caso de enfermedad	42
Hospicios	46
Maternidad	46
Subsidio por maternidad	46
Embargo de las prestaciones	47
Seguro de cuidados-dependencia-	47

SEGURO DE ENFERMEDAD EN ALEMANIA -2010

El Seguro de Enfermedad en Alemania existe desde el año 1883. Este seguro está recopilado en el Sozialgesetzbuch V (SGB).

SEGURO OBLIGATORIO

Están asegurados obligatoriamente en el Seguro de Enfermedad los trabajadores por cuenta ajena, los empleados, los aprendices, los preceptores de prestaciones por desempleo y los pensionistas (Art. 5 SGB V).

También están asegurados los cónyuges y los hijos, que no tengan seguro propio y carezcan de ingresos superiores a **365,00 € al mes**, a excepción de los ingresos por los miniempleos (Minijobs) que pueden suponer hasta 400 euros y se sigue teniendo derecho al seguro familiar. Los hijastros, los hijos tutelados y los nietos acogidos en el hogar están igualmente asegurados.

Los hijos tienen derecho al seguro hasta los 18 años de edad. Si no trabajan y se encuentran inscritos en la Oficina de Empleo (Arbeitsamt), como demandantes de un puesto de aprendizaje o un empleo, tienen derecho a asistencia sanitaria hasta los 23 años. Si estudian, hasta los 25 años más el tiempo que duró el servicio militar o servicio sustitutorio, si es que, por ese motivo, se interrumpieron los estudios o el aprendizaje. No existe límite de edad para los hijos que, debido a una enfermedad física o psíquica, no sean capaces de mantenerse económicamente por sí mismos, si la incapacidad les sobrevino durante el seguro como miembros de familia (Art. 10 SGB V), los estudiantes tienen seguro propio si trabajan más de 20 horas a la semana, Si no, sólo están asegurados en el Seguro de Pensiones, si ganan más de 400 € al mes.

SEGURO VOLUNTARIO

Hay que tener en cuenta que, tanto los empleados, como los trabajadores, que tengan unos ingresos en bruto durante tres años consecutivos superiores a un tope máximo, que para el **año 2010 es de 49.950,00 (4.162,50 al mes)**, no pertenecen al seguro obligatorio de enfermedad y pueden optar por pertenecer voluntariamente a la misma Caja de Enfermedad oficial en la que estaban asegurados o suscribir una póliza con un seguro privado. Es aconsejable permanecer asegurados voluntariamente en la Caja de Enfermedad oficial, aunque las cuotas sean más elevadas que la de los seguros privados, pues, una vez fuera de la caja oficial no se puede volver más a ella, aunque se desee, y las cajas privadas, según aumenta la edad del asegurado, aumentan las cuotas. Muchos pensionistas que un día abandonaron la Caja de Enfermedad oficial han lamentado esta decisión al no poder volver a la citada caja oficial, cuando más lo necesitaban. Si el trabajador o empleado vuelve a tener unos ingresos inferiores al tope arriba indicado, recuperan el derecho al seguro obligatorio.

En el seguro voluntario el empresario abona también la mitad de las cuotas.

Pueden acogerse al seguro voluntario las personas a las que se les haya agotado el seguro obligatorio y hayan estado anteriormente aseguradas obligatoriamente o bien 12 meses inmediatamente antes de agotarse el seguro obligatorio ó 24 meses en los últimos 5 años. El plazo para solicitar el seguro voluntario caduca 3 meses después de finalizar el seguro obligatorio. Este plazo es muy importante tenerlo en cuenta por los estudiantes, que cumplen los 25 años de edad y dejan de tener derecho al seguro obligatorio con sus padres.

AFILIACIÓN

La afiliación en el Seguro de Enfermedad obligatorio se inicia con el primer día de la relación laboral y consecuentemente termina el día en que se rescinde la citada relación laboral (Art. 186 y 190 SGB V).

En el caso de los pensionistas se tiene derecho al seguro, reunidos ciertos requisitos, desde la fecha en que se solicita la pensión (Art. 189 SGB V).

Importante: Mientras dura la relación laboral se sigue asegurado obligatoriamente, aunque no se perciba sueldo, por ejemplo, durante las vacaciones no pagadas, hasta un máximo de cuatro semanas. Esto es importante tenerlo en cuenta a la hora de solicitar vacaciones no pagadas, pues, hay que saber que si éstas superan las cuatro semanas se interrumpe el seguro de enfermedad (Art.192 SGB V).

En caso de huelga laboral o cierre patronal no se interrumpe la afiliación en el seguro durante todo el tiempo que dura la lucha laboral, aunque ésta supere las cuatro semanas (Art. 192 SGB V).

EXTINCIÓN DE LA AFILIACIÓN

El derecho a las prestaciones y al seguro de enfermedad se extingue con la terminación de la afiliación, sin embargo, cuando finaliza la afiliación en el seguro obligatorio de enfermedad, se sigue teniendo derecho a asistencia sanitaria e incluso al subsidio por enfermedad durante cuatro semanas después de haber terminado la afiliación obligatoria, si no se ha adquirido un nuevo derecho al seguro por haber iniciado, por ejemplo, una nueva relación laboral o por tener derecho a prestaciones por desempleo (Art. 19

SGB V).

Los familiares del asegurado fallecido permanecen también cuatro semanas con derecho a seguro después del fallecimiento del familiar.

No hay que olvidar que, aunque durante cuatro semanas se sigue teniendo derecho al seguro de enfermedad sin pagar cuotas, no ocurre lo mismo con el Seguro de Asistencia (Pflegeversicherung).

En éste último habrá que abonar voluntariamente las cuotas, pues, de lo contrario quedaría la afiliación interrumpida.

EL FONDO DE LA SANIDAD Y CUOTAS

El día uno de enero de 2009 entra en vigor el llamado “Fondo de la Sanidad”, que es como la gran cuenta bancaria en la que se ingresan todas las cuotas del Seguro de Enfermedad provenientes de los trabajadores, de los asegurados voluntarios, de las empresas, de los pensionistas, de los organismos de pensiones, de la Oficina Federal de Empleo y de la aportación del Estado.

Para el primer año, el 2009, al fondo fluyeron unos ciento sesenta mil millones de euros

En 2007 los ingresos de la sanidad fueron 153,9 miles de millones de euros con la siguiente procedencia:

66,3 de las cuotas de los asegurados,
65,4 de las cuotas de las empresas,
14,5 del Organismo de Pensiones y de los pensionistas,
3,7 de la Oficina Federal de Empleo por los desempleados y

4,0 de la aportación del Estado Alemán.

Importe de las cuotas

Las cuotas para el Seguro de Enfermedad son uniformes para todas las cajas aseguradoras oficiales, y suponen el 14,9% del salario íntegro que se compone del siguiente modo:

- los trabajadores contribuyen con el 7,9% de su salario íntegro hasta un tope salarial de 3.750 euros mensuales (45.000 € al año),
- las empresas abonan el 7,% del salario íntegro.
-

Los pensionistas aportan el 7,9% del importe de su pensión.

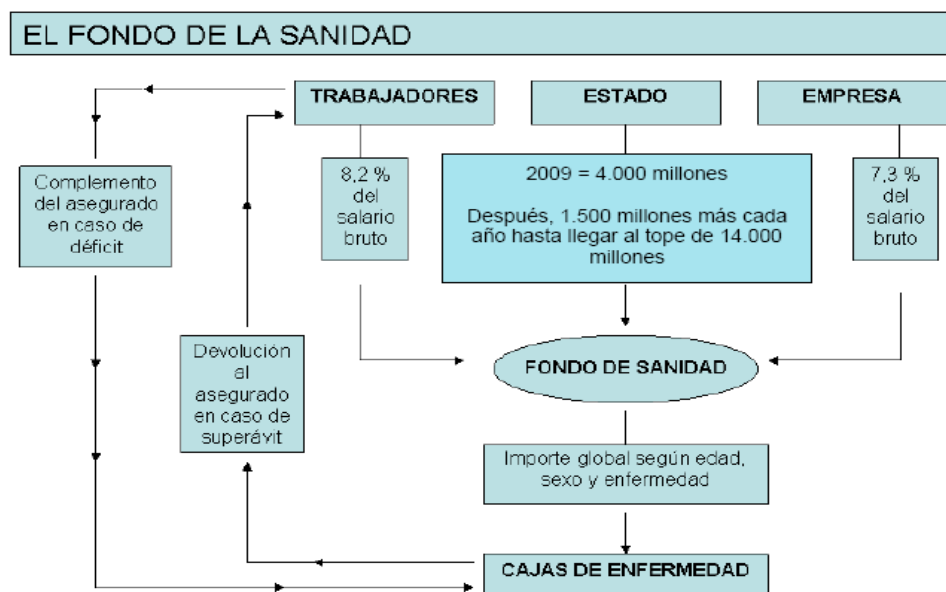
El Organismo de Pensiones, el 7%.

Las cuotas por los desempleados las paga íntegramente la Oficina Federal de Empleo.

Órgano gestor del fondo

El Fondo de la Sanidad es controlado y administrado por el Organismo Federal de Seguros (Bundesversicherungsamt) con sede en Bonn, en el que sólo trabajan 21 personas. El dinero permanece unas horas en el Banco Federal (Bundesbank) antes de transferirse a las cerca de 210 cajas de enfermedad, en las que hay inscritos 51 millones de afiliados. El mencionado organismo federal envía una cantidad global por afiliado más un suplemento por aquellos asegurados que son pacientes de alguna enfermedad crónica. Existe un catálogo de 80 patologías con sus correspondientes 3.600 diagnósticos. Del tipo de enfermedad y de la gravedad de la misma

dependerá el importe del suplemento. Por ejemplo, por un afiliado sano de 65 años se concederán 1.200 euros al año y por otro de la misma edad con cáncer prostático y cirrosis aguda se transfieren 4.500 euros. Puede ocurrir que las cajas aseguradoras de enfermedad pugnen por conseguir mayor número de enfermos crónicos. Lo contrario de lo que sucedía hasta ahora. A este suplemento se le ha dado el complicado nombre de “Morbidityorientierter Risikostrukturausgleich” que se podría traducir como compensación estructural por el riesgo de patología crónica.



La cuota de los trabajadores es el 7,9%
La cuota de la empresa el 7%

Las cajas aseguradoras

Las cajas aseguradoras de enfermedad son las verdaderas gestoras del Fondo de Sanidad y, aunque las cuotas sean uniformes y las cantidades que se reciban por asegurado sean iguales para todas las cajas, dependerá de la gestión y de la administración de cada una de ellas el que al final tengan números negros o rojos. En el mejor de

ambos casos, si la aseguradora no ha podido sufragar con el dinero recibido del Fondo de la Sanidad todos los gastos habidos, podrá exigir una cuota complementaria mensual de hasta 8 euros por afiliado sin tener en cuenta la capacidad económica de éste y en el caso de que no sea suficiente, podrá exigir un 1% de los ingresos familiares hasta un máximo de 36,75 euros al mes, que es el 1% del tope máximo de la base de cotización. Este suplemento no lo pagan los menores de 18 años ni los familiares beneficiarios: sólo los titulares del derecho al seguro.

Si se da el caso de que la aseguradora tenga que exigir el pago de una cuota complementaria, aquella deberá informar a los asegurados con tiempo suficiente, a fin de que ellos dispongan del plazo de dos meses para poder rescindir la relación y cambiar de aseguradora de enfermedad. Por el contrario, las cajas que al final del año obtengan superávit, lo devolverán a los asegurados.

Las cajas de enfermedad son también las encargadas de transferir a los Colegios de médicos y dentistas una asignación general desde la cual se pagan los honorarios a los facultativos.

En un principio se ha hablado de los 153.900 millones de ingresos en el año 2007. Pues bien, los gastos se distribuyeron de la siguiente manera:

51,1 miles de millones para gastos de hospitales,
33,8 miles de millones para honorarios de médicos y dentistas,
25,9 miles de millones para medicinas / gasto farmacéutico,
22,4 miles de millones para otros gastos como subsidios por enfermedad, balnearios (Kur), maternidad, prevención.
12,3 miles de millones para gasto ortoprotésico y demás remedios fisioterapéuticos,

8,10 miles de millones para gastos de administración de las cajas aseguradoras,

500 millones para gastos de administración de los colegios de médicos y dentistas.

Al proyecto del Fondo alemán de Sanidad le han llovido críticas desde todos los frentes: de los propios médicos, de las cajas aseguradoras oficiales, de la patronal, de las centrales sindicales y de los mismos partidos políticos.

En el verano de cada año se hará una valoración de los gastos sanitarios habidos hasta entonces y se calculará si los ingresos van a ser capaces de cubrir los gastos del año siguiente. Si aquéllos no cubren al menos el 95% de los gastos previstos, se aumentarán las cuotas. Si se puede cubrir un porcentaje superior, por ejemplo, el 98%, las cuotas permanecerán invariables, y el porcentaje que falte hasta el 100% deberá ser asumido por el complemento adicional antes mencionado, que pueden exigir las cajas deficitarias a sus afiliados. Podría ocurrir que éstos abandonen masivamente las cajas que exijan un suplemento y se aseguren en otras más sólidas económicamente. Según la nueva normativa, no se excluye que una caja aseguradora pública pueda dar en quiebra.

TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA Y AUTÓNOMOS

A partir del 01.01.2009 los autónomos están obligados a estar asegurados por la contingencia de enfermedad. Se calcula que unas 200.000 personas no poseen seguro de enfermedad, ni privado, ni público.

Los interesados pueden elegir entre un seguro privado y uno público, si en alguna ocasión ya estuvieron asegurados en el público. Las cuotas en éste último suponen el 14,9% de los ingresos hasta el tope máximo de cotización. El trabajador autónomo que lo desee puede abonar una cuota complementaria del 0,6%, lo que le dará derecho al subsidio por enfermedad a partir de la séptima semana de baja por incapacidad laboral transitoria. En total se trata de una cuota de 15,5%. La persona que suscriba la cuota complementaria del 0,6% no puede durante tres años cambiar de caja aseguradora.

VALOR DE REFERENCIA (BEZUGSGRÖSSE) **Art. 18 SGBIV**

El valor de referencia (Bezugsgrösse) por el que se orientan, en lo que se refiere al importe muchas de las prestaciones de la Seguridad Social alemana es para el 2010 de 2.555,00 € al mes (30.660,00 € al año).

COTIZACIONES EXCLUSIVAS A CARGO DE LA EMPRESA

Las cuotas a los Seguros de Enfermedad, de Pensiones, y Desempleo se abonan, a partes iguales, por la empresa y por el trabajador. Sin embargo, si el salario mensual bruto no supera la cantidad de **325,-- €**, como puede ocurrir con los **aprendices**, está la empresa obligada a pagar el importe total de las cotizaciones.

MINIEMPLEOS - MINIJOBS

Al trabajar por cuenta ajena se produce automáticamente la afiliación a la Seguridad Social y con ello la obligación de cotizar y el derecho a las prestaciones.

No existe, sin embargo, afiliación obligatoria a la Seguros de

Enfermedad cuando se trata de un empleo reducido.

Este empleo reducido se da cuando se ganan **400 Euros** o menos al mes.

Hay que tener en cuenta, sin embargo, que cuando se trabaja en varios lugares y cada uno de por sí es un empleo reducido, éstos deben sumarse y si sumados los importes éstos son superiores a 400 euros al mes, se está afiliado en cada uno de los empleos en la Seguridad Social.

El importe actual es de 400 € al mes.

El empleador paga un global del 30 %; 15 % está destinado para el Seguro de Pensiones, 13 % para el Seguro de Enfermedad y el 2 % en concepto de impuestos. El trabajador o trabajadora no está obligado a pagar ni impuestos, ni cuotas para la Seguridad Social. Las personas interesadas que deseen, sin embargo, adquirir o no perder los derechos del Seguro de Pensiones, deben abonar el 4,5 % del salario al Seguro de Pensiones.

Cuando este mini-empleo se realice por tareas domésticas en domicilios privados, el global que pagará el empleador será el 13,3 % del mini-salario; 5 % para el Seguro de Enfermedad, 5 % para el Seguro de Pensiones, el 2 % en concepto de impuestos y el 1,3 % por el seguro para el salario en caso de enfermedad (Entgeltfortzahlung) y el 1,6 para el Seguro de Accidentes. Esta última cuota se paga dos veces al año: El 15 de enero y el 15 de julio, y se abona, junto con las otras cuotas, a la Bundeskappschaft.

Igual que se ha indicado anteriormente, las personas que deseen mantener los derechos del Seguro de Pensiones, voluntariamente, deben abonar el 14,5 %.

Las personas que tengan unos ingresos mensuales entre 400,01 € y 800 € (Gleitzone), pagarán unas cuotas reducidas a la Seguridad Social que oscilarán entre el 15 % y el 20,53 % progresivamente. Los empresarios pagarán las cuotas completas que correspondan. Actualmente el 2010 supone el 19,325%.

Los impuestos sobre el salario por parte del trabajador serán los que correspondan, conforme al grupo impositivo, sin reducción.

Cuando una persona realice más de un mini-empleo, tanto en el ámbito industrial, como en domicilios privados, los importes obtenidos en cada uno de ellos se suman y, si se superan los 400 euros mensuales, se estará obligatoriamente asegurado en cada uno de ellos. Si el importe total, como es de suponer, se encuentra entre los 400,01 y los 800 euros al mes se aplica lo expuesto para los sueldos comprendidos en la zona variable (Gleitzone). Si coincide un empleo de unos ingresos comprendidos en la zona variable con otro empleo principal con un sueldo superior a los 800 euros al mes, el sueldo aquel cotizará según las normas generales y no según los importes reducidos de la zona variable.

La unidad administrativa que gestionará los pagos de las cuotas globales será la “Bundesknappschaft en **Essen**.”

ASISTENCIA SANITARIA

La asistencia sanitaria en caso de enfermedad abarca lo siguiente:

a.-Asistencia sanitaria o médica

- b.-Derecho a hospitalización y
- c.-Subsidio por enfermedad en caso de incapacidad laboral

TRATAMIENTO MÉDICO

La asistencia médica habrá de ser suficiente y apropiada; pero sólo en la medida en que esta asistencia sea necesaria (Art. 12 SGB V).

La Ley no define qué se entiende por enfermedad. La han definido los Tribunales, que han dicho que la enfermedad es un estado anormal físico o psíquico que requiere tratamiento médico y que puede producir, al mismo tiempo, incapacidad laboral.

Se ha dicho que la asistencia sanitaria debe ser suficiente y apropiada, por ejemplo: Si hubiese garantía de que un determinado cirujano realizara una operación de transplante de corazón con suficientes probabilidades de éxito, la Caja de enfermedad tendría que costearle la operación y demás gastos al asegurado, que necesitase de esa operación para curarse.

En lo que se refiere a la elección del médico no existe restricciones. El asegurado puede elegir el médico que más le guste.

TARJETA DEL ASEGURADO – VERSICHERTENKARTE (Art. 291 SGB V)

A fin de que el asegurado no tenga que abonar dinero alguno, la Caja de Enfermedad proveerá de una Tarjeta llamada "Krankenversichertenkarte", que habrá de presentar

al médico cada vez que inicie un tratamiento médico. Desaparece el "Krankenschein" y la obligación de tener que presentar éste cada trimestre. (Art. 15 y 291).

Tanto el asegurado como cada uno de sus familiares recibe de su Caja de Enfermedad una tarjeta con su nombre, número de asegurado y fecha de validez. Cada vez que se visite al médico o dentista debe presentarse a los mismos la mencionada tarjeta. En caso de extravío de la tarjeta, debe comunicarse, lo antes posible, a la Caja de Enfermedad. Todavía seguirán existiendo los "volantes" ("Überweisung") para los especialistas y el volante internacional (E-111). La tarjeta tiene cada interesado que firmarla; en caso de hijos/as menores de 15 años la tarjeta la firmará uno de los padres. A partir del **2010** la tarjeta del asegurado actual será sustituida progresivamente por una tarjeta electrónica de sanidad ("**elektronische Gesundheitskarte**").

TRATAMIENTO PREVENTIVO

Las cajas de enfermedad dan gran importancia al tratamiento preventivo, pues, la medicina preventiva es mucho más económica que la medicina asistencial y preserva de los peligros que ponen en riesgo la salud de las personas.

Los asegurados mayores de 35 años pueden cada dos años dejarse hacer chequeos generales para la prevención de enfermedades cardíacas, de riñones, de diabetes y del riesgo sanguíneo. Las cajas de enfermedad asumen el 100 % de los gastos (Art. 25 SGB V).

Los asegurados mayores de 45 años y las aseguradas mayores de 20 años tendrán derecho a un reconocimiento anual como medida preventiva contra las enfermedades cancerosas.

Los niños recibirán tratamiento preventivo hasta que

cumplan los 6 años de edad (Art. 26 SGB V). Según las nuevas reformas habrá un último reconocimiento antes de la pubertad, es decir, después de cumplidos los 10 años de edad.

TOPES EN LAS APORTACIONES PROPIAS (COPAGO) (Zuzahlungen – Art. 61 SGB V)

Los niños y jóvenes menores de 18 años están libres de todas las aportaciones propias. Para ellos existe la asistencia sanitaria gratuita.

Los enfermos crónicos y los familiares que convivan con ellos aportarán como máximo el **1 %** de los ingresos anuales brutos de los miembros de la familia.

A un enfermo se le considera crónico, si durante un año ha estado necesitado de tratamiento médico como mínimo una vez por trimestre, y, además se encuentra en una de estas tres situaciones:

1ª.-Que desde el punto de vista médico la enfermedad requiera un tratamiento médico continuado, sin el cual se podría producir un empeoramiento grave de la salud.

2ª.-Que el paciente tenga reconocido por el Seguro de Dependencia el 2º o 3er grado (Pflegebedürftigkeit der Stufe II oder III).

3ª.-Que exista una minusvalidez del 60 % como mínimo.

PROCEDIMIENTO: El médico debe certificar que el paciente padece una enfermedad crónica grave. Este certificado debe presentarse en la Caja de Enfermedad, que es la que, en definitiva, decide.

Los demás asegurados aportarán, como máximo, lo

correspondiente al **2 %** de los ingresos anuales brutos de los miembros de la familia.

Los perceptores de Ayuda Social (Sozialhilfe), cuya prestación social supone 4.308 € al año, tendrían que aportar en concepto de copago: 86,16 € al año (2 %) ó 43,08 €, si se trata de enfermo crónico.

Para calcular todos los gastos que una persona lleva ya aportados a lo largo del año, se deben tener en cuenta los gastos por visita trimestral al médico, los gastos por estancia en el hospital, gastos por masaje, prótesis y por los medicamentos. No se tendrán en cuenta los gastos por medicamentos que no hayan sido recetados por el médico y hayan tenido que ser asumidos íntegramente por el asegurado. Tampoco se tienen en cuenta los gastos por dentaduras postizas u otra clase de prótesis dentales.

Para calcular los ingresos familiares a partir de los cuales se obtiene el importe del 2 % o el 1 % que el asegurado debe soportar, se toman los ingresos brutos y de ellos se reducen como cantidades libres 4.599,00 € por el cónyuge (15% del importe de referencia) y 3.648 € por cada hijo incluido en el seguro de los padres (Kinderfreibetrag).

Ejemplo: Matrimonio con 1 hijo. Esposa no trabaja.

Ingresos familiares anuales brutos:	35.800 €
Cantidad libre por cónyuge : valor de referencia)	-4.599 € (15% del
Cantidad libre por un hijo:	- 3.648 €

A tener en cuenta: -----
27.553,00 €

El 2 % sería: 551,06 € al año

El 1 % sería: 275,53 € al año

Es muy recomendable hacerse del cuadernito que las Cajas de Enfermedad ponen a disposición, para que las farmacias anoten los gastos aportados por el asegurado, a fin de poder calcular a partir de cuando se está libre de pagar las medicinas y las demás prestaciones sanitarias.

Cuando se trata de parejas, sin lazo matrimonial, no se concede la cantidad libre por cónyuge, cada uno de ellos debe hacer el cálculo del 2 % o del 1 % por separado.

BONIFICACIONES

Las Cajas de seguro, según sus propios estatutos, reducirán las aportaciones de los asegurados o los premiarán con otros beneficios, si toman parte en programas de salud, si recurren siempre en primer lugar al médico de cabecera, para evitar reconocimientos dobles, etc..

Tampoco será necesario en los desplazamientos a países de la Unión Europea ir provisto de los formularios internacionales. Las asistencias o tratamientos ambulantes podrán ser pagados por los interesados y las cajas de seguros los restituirán. Para tratamientos en clínicas u hospitales se sigue necesitando el consentimiento de las Cajas de seguro.

HOSPITALIZACIÓN

El asegurado y los familiares incluidos en su seguro de enfermedad tienen derecho, sin límite de tiempo, a asistencia hospitalaria, siempre que la gravedad de la enfermedad así

lo requiera y no sea posible la curación a través de un tratamiento ambulatorio, incluida la asistencia médica domiciliaria.

Por la estancia en el hospital se abonan **10 € diarios** por un máximo de **28 días** al año. Los menores de 18 años, sin embargo, no pagan nada.

MEDICAMENTOS Y FARMACIA

Desde el 01.01.2004 las aportaciones de los asegurados al adquirir los medicamentos en las farmacias son los siguientes:

El **10 %** del valor del medicamento, siendo preceptivo un **mínimo de 5 €** y hasta un **máximo de 10 €** a no ser que el precio del medicamento sea inferior a 5 €. En este caso se abonará el precio real.

Ejemplos:

- 1.- Medicamento que cuesta 10 €
El 10 % sería 1 €, pero el asegurado tiene que pagar el mínimo preceptivo de 5 €
- 2.- Medicamento que cuesta 80 €
El asegurado paga el 10 %, es decir, 8 €
- 3.- Medicamento que cuesta 130 €
El 10 % sería 13 €, pero el asegurado paga el máximo preceptivo de 10 €
- 4.- Medicamento que cuesta 4 €
El asegurado paga 4 € por ser el precio real inferior al mínimo preceptivo de 5 €

Los menores de 18 años están libres del pago de los medicamentos.

Los **medicamentos** que se puedan obtener en la farmacia **sin receta médica** o que tengan la función de mejorar simplemente el nivel de vida privado, como podría ser la viagra, tendrán que ser costeados en su totalidad por los propios asegurados. Los precios de esta clase de medicamentos no se encuentran bajo control del Ministerio de Sanidad, y dependen de la decisión de cada farmacéutico. Esto significa que en el futuro no sólo habrá que buscar la farmacia que mejor aconseje, sino también la más económica. El Ministerio de Sanidad espera que los medicamentos sin receta médica bajen de precio. Sólo estarán **exceptuados los menores de 12 años y los enfermos graves** para quienes esta clase de medicamentos sea parte del tratamiento que reciben.

También es posible encargar incluso los medicamentos recetados por los médicos a farmacias nacionales o extranjeras que, a través de pedidos, proporcionen los medicamentos a precios más económicos. Los interesados envían por correo las recetas a las farmacias-internet o a las farmacias que suministren por pedido. Esto supone una competencia para las farmacias convencionales que conocemos. Las personas que soliciten los medicamentos por pedido o internet deben informarse primero no sólo del precio de las medicinas, sino de los gastos de envío y de si estas farmacias liquidan con las cajas de enfermedad o si el asegurado debe adelantar el dinero.

Los pacientes pueden ahorrar dinero en algunos medicamentos recetados por los facultativos. Cuando el médico no recete un medicamento concreto, sino el compuesto químico, el farmacéutico está obligado a recetar,

entre los medicamentos con los mismos efectos, el más económico. Son los llamados “Genéricos”. De esto no sólo se benefician las cajas de seguro, sino los pacientes que tienen que aportar el 10 % del precio de los medicamentos.

El farmacéutico, según las nuevas normas, recibe por cada medicamento, independientemente del precio del mismo, unos honorarios por importe de 8,10 €. Esto hace que algunos medicamentos, que ahora son muy baratos, suban de precio, aunque sin olvidar nunca que el asegurado o paciente lo máximo que paga por medicamento son 10 €.

Ejemplo:

El precio del medicamento es el siguiente:

Precio neto del medicamento:	0,70 €
Gastos de almacén:	0,02 €
Honorarios del farmacéutico:	8,10 €
IVA (16%)	1,41

Total: 10,23 €

El paciente pagará 5 € y el resto de 5,23 € la Caja de seguros.

CONSULTA MÉDICA

A partir del 1.1.2004 por acudir a la consulta médica y al

dentista tendrá que pagar el paciente **10 €**

Este importe se pagará una sola vez por trimestre, aunque durante el mismo acuda a la consulta más de una vez. Si el tratamiento se prolonga durante más de tres meses, con el inicio de cada trimestre hay que pagar 10 €

También se podrá ser atendido por médicos especialistas, durante el trimestre, sin tener que pagar de nuevo la visita, siempre que se recurra a ellos con un volante del médico de cabecera.

Las consultas médicas de diferentes especialistas **sin volante** pueden resultar caras, porque habrá que pagar 10 € por trimestre a cada uno de ellos. Si se cambia de médico de cabecera, en un mismo trimestre, habrá que abonar nuevamente los 10 €

No será posible ahorrarse los 10 €, por recurrir al dentista con un volante del médico de cabecera o viceversa.

Los 10 € tienen que pagarse igualmente cuando se recurra al hospital sin volante médico, por tratamiento ambulante, cuando se acuda al médico para recoger una receta propia e incluso por consulta médica por teléfono. Asimismo cuando se recurra al médico de urgencias (Notdienst) también habrá que abonar los 10 €

Los menores de 18 años están libres del pago por consulta médica.

No se abonarán los 10 € cuando se recurra al médico:

- para los reconocimientos preventivos contra el cáncer
- por vacunación

- por chequeo general de cada 2 años para mayores de 35 años
- por atención preventiva durante el embarazo y
- por la profilaxis dental
- los enfermos crónicos tendrán una regulación especial.

Las personas que se demoren en abonar los 10 € por la consulta médica se exponen a tener que pagar un recargo de hasta 4 €

Los médicos podrán negarse a atender a las personas que no estén dispuestas a abonar los 10 €, a no ser que se trate de un caso urgente. En el supuesto de que el asegurado no pague voluntariamente los 10 € a pesar de haber sido atendido, el propio médico recordará por escrito la obligación de pagar. Si no se obtiene el pago requerido, será la Asociación de Médicos la encargada de iniciar los trámites judiciales.

Los médicos quieren dejar claro que los 10 € por la visita no son parte de sus honorarios, sino que están destinados a las Cajas de Enfermedad. Por ello opinan que no se deben llamar honorarios para la praxis (Praxisgebühren), sino para las cajas de seguro (Kassengebühren). Por esta misma razón los asegurados en compañías privadas no tienen que pagar los 10 €

ESTANCIAS EN BALNEARIOS Y SANATORIOS-REHABILITACIÓN (KUR)

La concesión de una estancia en una Kur es una prestación facultativa (Kannleistung) de las cajas de enfermedad. Esta prestación no debe confundirse con las Kur del Seguro de Pensiones.

Cuando sea necesario, desde el punto de vista médico, la estancia en un balneario o sanatorio de rehabilitación, abonará la Caja los gastos de estancia, manutención, etc...

El asegurado mayor de 18 años pagará **10 €** diarios por cada día de Kur. La duración será de 3 semanas y no se concederán nuevas Kuren, si no han transcurrido cuatro años desde la última.

Excepción: Cuando se conceda la Kur como continuación de un tratamiento hospitalario o se trate de una Kur para las madres con sus hijos se abonará **10 €** diarios, por un máximo de **28 días**, menos lo que se haya pagado por el hospital en ese mismo año de calendario.

DENTISTA

Se intenta invertir el sistema de prioridades, consiguiendo que no superen los gastos en prótesis o dentaduras postizas a los gastos por tratamiento preventivo dental. A través de un cuidado de la dentadura propia y de evitar daños en la misma se intenta mantener sanos dientes y muelas, para no hacer necesario el uso de dentaduras postizas.

La prevención se debe iniciar en guarderías infantiles y escuelas con los niños menores de 12 años. Los niños y jóvenes entre 6 y 19 años deben hacer uso de las medidas preventivas cada 6 meses. También para evitar las caries. Los gastos de todas estas medidas preventivas son asumidos en un 100 % por las cajas de enfermedad (Art. 21 y 22 SGB V).

TRATAMIENTO ORTODONTOLÓGICO PARA NIÑOS (Art. 29 SGB V)

En los tratamientos mandibulares para niños y jóvenes resarcen las cajas de enfermedad el 80 % de los gastos, siempre que los defectos mandibulares o dentales dificulten considerablemente el masticar, al hablar o la respiración. A partir del 1.1.02 se trata de un asunto de milímetros. Si, p.e., los dientes están torcidos menos de 3 mm o la mandíbula superior está superpuesta sobre la inferior menos de 6 mm no se hará cargo de los gastos de ortodoncia la Caja de Enfermedad.

Una vez concluido el tratamiento completo, que estuviese autorizado, devuelve la Caja de Enfermedad el resto del 20 %, que antes había adelantado el asegurado. Ese 20 % se reduce al 10 % para el segundo y demás hijos, si se encuentran al mismo tiempo en tratamiento.

Cuando el tratamiento se inicie en personas mayores de 18 años, el Seguro de Enfermedad no asumirá los gastos a excepción de anomalías graves de mandíbula (Art. 29 SGB V).

PROTECCIÓN DENTAL

Se trata de que se le dé más importancia a la prevención que a curar. Con una buena prevención y con medidas profilácticas se pueden evitar que el día de mañana se tenga que recurrir a una dentadura postiza. Además en la confianza que tienen en la actualidad los asegurados de que si necesitan una dentadura postiza, recibirán una subvención, hace que se descuiden las medidas de prevención. Las cajas de enfermedad, en lo que se refiere a dentaduras postizas y prótesis dentales, se harán cargo de parte de los gastos. La subvención asciende al 50% de los gastos. Además de ese 50% existe una bonificación del 10%

para los asegurados que ininterrumpidamente hayan hecho uso de los servicios del dentista (tratamiento preventivo) en los últimos 5 años. Después de 10 años ininterrumpidos de tratamiento preventivo la bonificación es del 15%. En este último caso la Caja de Enfermedad se haría cargo de un total del 65% de los gastos. El asegurado pagaría el 35%.

Desde el 01.07.05 las Cajas de Enfermedad siguen haciéndose cargo de los gastos por prótesis dentales. Para ello a los asegurados les descuentan del sueldo el 0,4% por este concepto. A los pensionistas también les descuentan el 0,4% de la pensión.

GASTOS DE VIAJE

El asegurado aportará el **10 %** de los gastos de viaje en caso de traslado a un hospital o por uso de ambulancia o de otra clase de vehículos de salvamento con un mínimo de **5 €** y un máximo de **10 €** por viaje.

Cuando se trate de viajes para tratamientos ambulantes las Cajas de Enfermedad sólo se harán cargo de los gastos de viaje en casos muy excepcionales, como, por ejemplo, por tratamiento de diálisis, terapias por enfermedades de cáncer, las personas con un segundo o tercer grado de dependencia y los minusválidos impedidos para desplazarse, los ciegos y los que necesitan ayuda de otra persona. En todos los casos se exige que el médico prescriba el transporte, y no hay que olvidar que el paciente debe pagar el 10 % de los gastos dentro de un mínimo de 5 euros y un máximo de 10 euros. Para los gastos de viaje no están exentos los menores de 18 años.

ASISTENCIA DOMICILIARIA PARA ENFERMOS (Art. 37 SGB V)

En lugar de la asistencia hospitalaria las cajas de enfermedad pueden conceder asistencia médica domiciliaria, haciéndose cargo de los gastos correspondientes durante cuatro semanas. Este periodo puede ampliarse. El asegurado, sin embargo, tendrá que aportar el **10 %** de los gastos de **los primeros 28 días** más **10 €** por la receta.

GAFAS (Art. 33 SGB V)

Los gastos por cristales o lentillas sólo son asumidos por las Cajas de Enfermedad cuando se trate de niños o jóvenes menores de 18 años o de personas afectadas de una grave enfermedad de la vista.

Desde el 01.01.97 las cajas de enfermedad no abonan nada por la armadura de las gafas.

MASAJES - BAÑOS - (Heilmittel) (Art. 32 SGB V)

Los asegurados que hagan uso de estas prestaciones abonarán el **10 %** de los gastos de los masajes más **10 €** por la receta.

PROTESIS – MEDIOS AUXILIARES (HILFSMITTEL) (Art. 33 SGB V)

Las prótesis, aparatos auditivos etc., cuando sean necesarios desde el punto de vista médico, serán asumidos por las cajas de enfermedad. Los asegurados aportarán el

10 % del valor dentro de la norma habitual de **5 €** como mínimo y **10 €** como máximo.

Estarán libres del pago los menores de 18 años.

Cuando se trate de objetos de uso frecuente como sondas o pañales para personas mayores afectadas de incontinencia, los asegurados pagarán un máximo de **10 € al mes**.

SUBSIDIO POR DEFUNCIÓN

No existe. A partir del 1.1.2004 desapareció totalmente este subsidio por defunción.

AYUDAS AL HOGAR – (Haushaltshilfe) (Art. 38 SGB V)

Cuando el asegurado o el cónyuge estén internados en un hospital o sanatorio y en el hogar no haya otra persona, que cuide de los hijos/as menores de 12 años, la Caja de Enfermedad abona los gastos que ocasionen por emplear a una persona, que haga las tareas del hogar. El importe para **2010** es de **7,98 €** por hora. Como máximo **63,87 €** día (el **2,5%** del i.r.). El asegurado, sin embargo tendrá que aportar el **10 %** de los gastos diarios dentro de un mínimo de **5 €** y un máximo de **10 €**

PLANIFICACIÓN FAMILIAR- (Empfängnisregelung) (Art. 24 a SGB V)

Los gastos por el asesoramiento médico sobre planificación familiar y de embarazo son asumidos por el Seguro de Enfermedad. Los gastos por inseminación artificial sólo serán

asumidos en un 50 % durante tres pruebas o intentos, si la mujer se encuentra entre los 25 y 45 años de edad y el hombre es menor de 50 años. Los gastos por esterilización son asumidos por el Seguro de Enfermedad, si ésta se considera necesaria bajo el punto de vista médico.

Para mujeres menores de 20 años se hace cargo el Seguro de Enfermedad de los gastos por la píldora o para una espiral, siempre que éstas sean recetadas por un médico. Las interesadas deben pagar las aportaciones propias como por las medicinas. Esto afecta sólo a las mayores de 18 y menores de 20 años, pues, las menores de 18 años están exentas de pagar y para las mayores de 20 años la píldora no es prestación de la Caja de Enfermedad. Esta previsto que la receta para los anticonceptivos se extienda para 6 meses, a fin de que las interesadas sólo tengan que pagar dos veces al año los 10 euros por consulta médica por recoger la receta.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR –ABORTOS-

(Schwangerschaftsabbruch) (Art. 24 b- SGB V)

Todo lo relacionado con el aborto está regulado en la ley "Schwangeren-und Familienhilfeänderungsgesetz" de agosto de 1995.

Esta ley se aprobó por mandato del Tribunal Constitucional alemán según sentencia del 28.5.93. Esta ley ha influido también en el Seguro de Enfermedad.

Lo definitivo para el Seguro de Enfermedad depende de qué clase de aborto se trate. Hay dos clases de aborto:

1.-El aborto legal es el que tiene lugar dentro de las 12 semanas después de la concepción y se realiza porque lo

aconsejan razones médicas o penales.

2.-El aborto ilegal no se realiza por razones médicas, ni penales. Debe tener lugar dentro de las 12 semanas después de la concepción y debe realizarlo un médico después del correspondiente asesoramiento. Estos abortos aunque son ilegales no se consideran delito y no están castigados.

Las prestaciones del Seguro de Enfermedad son distintas según la clase de aborto:

A.-Cuando se trata del aborto legal, es decir, por razones médicas o penales, la Caja de Enfermedad se hace cargo del 100 % de los gastos y, si es necesario, concede Subsidio por Enfermedad (Krankengeld).

B.-Cuando se trata de un aborto ilegal es imprescindible que el aborto se lleve a cabo por un médico. Que haya existido un asesoramiento previo en una institución autorizada y reconocida y que se realice dentro de las 12 semanas después de la concepción.

En estos casos, la Caja de Enfermedad se hace cargo de los siguientes gastos:

1.-Aborto con tratamiento ambulante:

*Gastos por constatar, si existe embarazo y el tratamiento durante su duración

*Gastos por el asesoramiento médico sobre la interrupción o el mantenimiento del embarazo.

*Gastos por el tratamiento médico en el caso de que se

ocasionen complicaciones durante el aborto o tras el mismo.

2.-Aborto con tratamiento hospitalario:

*Los gastos expuestos en el punto anterior.

*Los gastos de hospital por los días anteriores y posteriores al día del aborto. Por el día mismo del aborto debe hacerse cargo de los gastos de hospital la propia mujer, si no hubo complicaciones.

*Gastos de la operación para abortar, si no existen complicaciones, corren a cargo de la propia mujer. Así como también los gastos por tratamiento.

Por esta clase de abortos no se tiene derecho al Subsidio por Enfermedad (Krankengeld).

Si la mujer interesada no dispone de ingresos suficientes o percibe Sozialhilfe, Arbeitslosenhilfe o BAföG se hace cargo de los gastos la Caja de Enfermedad, que a su vez los recibirá restituidos por el Land correspondiente.

Antiguamente estos gastos los asumía el Sozialamt. Actualmente no.

Aunque las cajas de enfermedad, como he indicado más arriba, no abonan el subsidio por enfermedad en los casos de aborto ilegal, las mujeres afectadas tienen, sin embargo, derecho al pago del salario en caso de enfermedad (Lohnfortzahlung) tanto si se trata de un aborto legal como ilegal (Art. 3 (2) LFZG).

SEGURO DE ENFERMEDAD PARA PENSIONISTAS

Normalmente las personas con derecho a pensión tienen también derecho a asistencia sanitaria.

Decimos “ normalmente” porque no siempre tienen los pensionistas en Alemania derecho a asistencia sanitaria por el hecho de percibir una pensión.

Según la normativa actual sólo tienen derecho a asistencia sanitaria obligatoria los pensionistas que hayan estado asegurados obligatoria o voluntariamente en el seguro de enfermedad durante al menos el 90 % de la segunda mitad de su vida laboral, que abarca, lógicamente, desde la fecha en que se comenzó a trabajar hasta la fecha de concesión de la pensión.

Ejemplo: - Inicio de la vida laboral: 01.01.1970

- Fecha de solicitud de la pensión: 01.01.2010

- En total 40 años.

- La segunda mitad de la vida laboral serían 20 años.

- Que abarca el período que va desde el 01.12.90 has el 31.01.2009.

El 90 % de 20 años serían 18 años.

Para que el pensionista del ejemplo tenga derecho a asistencia sanitaria ha tenido que estar obligatoria o voluntariamente en el seguro de enfermedad desde el 01.01.1990, al menos 18 años.

Lo que ocurre en el seguro de enfermedad de los trabajadores (que abonan la mitad de la cuota) sucede también en el seguro de enfermedad de los pensionistas. Estos deben abonar la mitad de las cuotas, que le son retenidas de la pensión. La otra mitad la paga el Organismo de Pensiones alemán.

Desde el 01.01.2009 la cuota para el seguro alemán de enfermedad es del 14,9%. De ese porcentaje el Organismo de Pensiones abona el 7,% y el resto hasta el 14,9%, es decir, el 7,9% del importe de la pensión le es descontado al pensionista.

Al pensionista se le descuentan además las cuotas

para el seguro de dependencia (Pflegeversicherung). Desde el 01.07.2008 le descuentan al pensionista la cuota total del 1,95%, y desde el 01.01.05 descuentan a los pensionistas menores de 65 años que no hayan tenido hijos a su cargo un suplemento del 0,25%. En total descuentan a estos pensionistas sin hijos el 2,2% para el seguro de dependencia.

Si un pensionista no tiene derecho al seguro obligatorio de enfermedad por no reunir los requisitos expuestos anteriormente, debe asegurarse voluntariamente y solicitar del Organismo de Pensiones la mitad de las cuotas. Si esta persona asegurada voluntariamente en la aseguradora o caja de enfermedad oficial retorna a España, tiene la posibilidad de suscribir con la Tesorería General de la Seguridad Social el Convenio Especial para Emigrantes Retornados.

También aprovecharemos este punto para informar

que los pensionistas que tengan derecho a pensión española y alemana, y retornen definitivamente a España, están libres de abonar las cuotas a los seguros de enfermedad y dependencia, por tener derecho a la asistencia sanitaria española. Los pensionistas sin derecho a pensión española tendrán que seguir abonando las cuotas a los seguros de enfermedad y dependencia alemanes, aunque retornen definitivamente a España. Para tener derecho en España a la asistencia sanitaria deben llevar consigo el formulario E 121.

MUY IMPORTANTE: Estos pensionistas, según ha decidido el Tribunal Supremo de lo Social de Alemania en Kassel el día 05.07.05 (Ref.: B 1 KR 2/04 R y B 1 KR 4/04 R), aunque residan permanentemente en España, pueden hacer uso de las prestaciones sanitarias alemanas en sus desplazamientos a Alemania. Para ello deben ponerse en contacto con la Caja de Enfermedad Aseguradora alemana, que los proveerá del volante

correspondiente. Utilizando la tarjeta sanitaria europea por desplazamiento sólo en los casos urgentes.

Finalmente advertiremos que de las pensiones que abonan las empresas y las cajas complementarias también se retienen cuotas al seguro de enfermedad y para el seguro de dependencia. En la pensión empresarial al pensionista se le descuenta el total de la cuota tanto para el seguro de enfermedad, como para el de dependencia.

Estas cuotas, sin embargo, no deben abonarse cuando el importe de esta clase de pensiones sea inferior a 127,75 € al mes (5% del importe referencial o Bezugsgrösse, que es de 2.555,--€)

Cuando una persona mayor de 65 años percibe la pensión de jubilación y paralelamente trabaja, está obligada a pagar las cuotas al seguro de enfermedad del salario obtenido por el trabajo. Se trata, sin embargo, de una cuota más reducida que no da

derecho, en caso de enfermedad, a subsidio por enfermedad. También tiene que pagar la cuota al seguro de dependencia.

Cuando una persona mayor de 65 años percibe la pensión de jubilación y paralelamente trabaja, está obligada a pagar las cuotas al seguro de enfermedad del salario obtenido por el trabajo. Se trata, sin embargo, de una cuota más reducida que no da derecho, en caso de enfermedad, a subsidio por enfermedad. La cuota al Seguro de Dependencia también hay que pagarla.

DERECHO DE ELECCIÓN DE CAJA ASEGURADORA (Wahlrecht)

Existe la posibilidad de elegir la Caja de Enfermedad que más convenga. Cuando se está asegurado en una determinada Caja de Enfermedad y se desea cambiar es posible hacerlo en todo momento, siempre que la solicitud de baja se haga en el plazo correspondiente. La solicitud de baja debe hacerse antes de que finalice un mes para la terminación del segundo mes siguiente. Ejemplo: Si una persona desea darse de baja para el 31.05.2010, debe solicitar la baja antes de que finalice marzo del 2010.

Una vez realizado el cambio, se deberá permanecer en la misma Caja de Enfermedad al menos 18 meses. Se anula así la posibilidad de estar cambiando continuamente de Caja de Enfermedad. No es obligatorio permanecer 18 meses en la misma Caja de Enfermedad, si ésta exigiese el pago de una cuota complementaria, según las normas del Fondo de

la Sanidad. En este caso puede hacerse uso del despido extraordinario, guardando no obstante, el plazo de los 2 meses.

Ejemplo: La Caja de Enfermedad comunica su intención de exigir una cuota complementaria a partir del 01.05.2010.

El asegurado debe solicitar la baja, ante la Caja, antes del 28.02.2010 (Art. 175, 4 SGB V).

Si la baja se presenta el 20.02.2010 se deja de pertenecer a la Caja el 30.04.2010 (se guarda el plazo de dos meses).

Si se presenta el 15.03.2010, la afiliación terminara el 31.05.2010 (después del plazo de los dos meses).

Ha desaparecido la posibilidad de cambiar de Caja de Enfermedad, aprovechando el cambio de empresa, el paro, el desempleo o el inicio de la pensión.

SUBSIDIO POR ENFERMEDAD (Krankengeld)

Como veremos después, el trabajador, en caso de enfermedad, sigue recibiendo el salario durante las 6 primeras semanas. Si después de esas 6 semanas, el trabajador continúa incapacitado para el trabajo, éste recibe subsidio por enfermedad de la Caja de Enfermedad.

Definición: Se considera que existe incapacidad laboral, cuando el trabajador, debido a una enfermedad, no puede realizar el mismo trabajo, que venía realizando antes de caer enfermo o existe peligro de empeoramiento, si se sigue haciendo la misma actividad.

El Art. 46 del SGB V dice que se concederá subsidio por enfermedad a partir del día siguiente a la fecha en que el médico certifica la incapacidad laboral.

En esto se distingue esta ley de la ley sobre el pago del salario en caso de enfermedad, pues, la empresa está obligada, en caso de incapacidad, a pagar desde el mismo día que comienza la baja.

Si bien el ,derecho al subsidio nace al día siguiente a la constatación de la baja, este derecho queda en suspenso hasta el día en que se notifica esta baja a la Caja de Enfermedad, a no ser que se comunique en el plazo de una semana (Art. 49-5). El parte de baja debe llegar cuanto antes a la Caja de Enfermedad, pues, muchos trabajadores han perdido dinero por no entregar los partes de baja a su debido tiempo.

El subsidio de enfermedad supone el 70 % del salario bruto percibido por el trabajador durante el mes anterior al mes en el que se inició la incapacidad laboral. Ejemplo: si un trabajador enferma el 8 de enero del 2010, se toma como base lo ganado en el mes de diciembre 2009. En el salario bruto se tienen en cuenta los complementos por horas extraordinarias, suplementos de producción etc. No se tienen en cuenta, sin embargo, gratificaciones especiales de Navidad, complemento de vacaciones o participación de beneficios.

La ley fija un límite, ya que establece expresamente que el importe del subsidio por enfermedad que resulte del 70 % del salario bruto nunca podrá superar el 90 % del salario neto percibido por el trabajador en el mes anterior a la fecha en que se constató la incapacidad, que es el que se toma como base de cálculo.

Como hemos visto al hablar de las cuotas al seguro de enfermedad se cotiza por el tope máximo que en el año **2010** es de **45.000,00 €** al año. Esto quiere decir que la base

máxima, que se puede considerar al hacer el cálculo del subsidio por enfermedad es de **3.750,00 €** al mes. Al dividir este importe por 30 días, el tope máximo diario asciende a 125,00 €. Como hemos dicho, el importe del subsidio es el 70%. El 70 % de 3.750,00 € supone 2.625,00 € al mes, es decir, 87,50 € diarios.

Del subsidio por enfermedad se descuentan cuotas para el seguro de pensiones 9,95 %, para el seguro de desempleo 1,40% y para el seguro de dependencia 0,975 % (1,225% sin hijos). Por ello el importe máximo del subsidio es de 76,72 € al día (87,50 € menos el 12,32 %), aunque los ingresos mensuales hubiesen superado los 3.750,00 € en bruto.

El subsidio por enfermedad se abona por los 7 días de la semana, es decir, se paga también por los sábados y domingos durante 30 días al mes, aunque los meses sean de 31 días o de 28.

El subsidio por enfermedad (Art. 48), en principio, se concede por tiempo ilimitado, sin embargo, por la misma enfermedad sólo se abona subsidio durante 78 semanas, como máximo, cada tres años. Esto sólo afecta como es lógico, a los casos de larga enfermedad y se aplica también a los casos de baja por la misma enfermedad con interrupción.

Si antes de terminar la incapacidad laboral se inicia o descubre una nueva enfermedad, esta última forma unidad con la primera y no da derecho a partir de su descubrimiento a otras 78 semanas.

Estas 78 semanas comienzan con el día primero de la baja, es decir, las semanas, que paga la empresa, están incluidas

en las 78 semanas.

Como se ha indicado por la misma enfermedad sólo se puede percibir subsidio durante 78 semanas **cada 3 años**. Si un trabajador enfermó, por primera vez, de una enfermedad, determinada el día 12 de abril de 1994 y agota las 78 semanas de subsidio, por la misma enfermedad, tendrá nuevamente derecho a otras 78 semanas a los 3 años, es decir, a partir del 12 de abril de 1997. La Ley, sin embargo, ha establecido una limitación que hay que tener muy en cuenta y es que para tener un nuevo derecho a subsidio, cuando se inicia el nuevo bloque de tres años, hay que haber estado de alta al menos durante 6 meses y haber trabajado o haber estado inscrito en la oficina de empleo también 6 meses como mínimo.

El derecho al subsidio por enfermedad desaparece desde el instante en que se concede pensión por incapacidad de ganancia o por jubilación (Art. 50).

Cuando la Caja de Enfermedad sospecha que existe incapacidad de ganancia y por lo tanto derecho a una pensión por invalidez puede exigir al asegurado que éste solicite, en el plazo de 10 semanas, la pensión o medidas de rehabilitación (Kur). Si el asegurado deja pasar el plazo de 10 semanas sin haber presentado la solicitud se interrumpirá el pago del subsidio hasta que sea presentada la solicitud.

POR ENFERMEDAD DE HIJOS (Art. 45)

Los asegurados tienen también derecho a subsidio por enfermedad por un máximo de 10 días al año, siempre que el cuidado de un hijo enfermo menor de 12 años les impida acudir al trabajo. Si trabajan ambos cónyuges, cada uno tiene derecho, por separado, a los 10 días libres. Si, además,

en la familia hay otros hijos menores se pueden recibir hasta un máximo en total de 25 días o de 50 días, si trabajan ambos cónyuges.

PAGO DEL SALARIO EN CASO DE ENFERMEDAD

Después de haber tratado lo relacionado con el seguro de enfermedad en Alemania debemos hacer algunas anotaciones sobre la ley que trata de la continuación del pago del salario en caso de enfermedad.

Al decir pago del salario se está expresando que no es una prestación de la Caja de Enfermedad, sino de la empresa que es la única que paga salario, ya que la Caja de Enfermedad no concede salario, sino subsidio.

La ley del pago del salario en caso de enfermedad data del 27.07.1969 y entró en vigor el día 01.01.1970 y ha sido modificada el 1994 y el 2003 por última vez.

Esta ley se llama en alemán:

"ENTGELTFORTZAHLUNGSGESETZ"

Ya en el artículo 1º se establecen las bases: Un trabajador que, después de haber iniciado la relación laboral, se vea impedido para trabajar debido a una enfermedad, que no haya sido producida intencionadamente o por negligencia grave del propio trabajador, tiene derecho a que se le siga abonando salario exactamente igual que si estuviese trabajando. El periodo máximo durante el cual se puede seguir percibiendo este salario es de 6 semanas en el plazo de 12 meses, por una misma enfermedad. No se tendrán en cuenta, sin embargo, las horas extraordinarias a la hora de

calcular el salario por enfermedad.

Las personas afectadas por esta ley son todos los trabajadores, y el derecho a que sea aplicada dicha ley comienza con la relación laboral.

Se considera que una relación laboral se inicia, en el momento en que un trabajador se pone, por primera vez, en camino para ir a la empresa. El derecho al pago del salario en caso de enfermedad nace, sin embargo, cuando se haya pertenecido a la empresa al menos cuatro semanas. Si la enfermedad surgiese antes de pasadas las cuatro primeras semanas, el trabajador tendría derecho a subsidio por enfermedad.

Como ya se ha indicado, el trabajador, por una misma enfermedad, sólo tiene derecho, durante 12 meses, a 6 semanas de salario.

Si desde la última baja hubiesen transcurrido 6 meses sin estar de baja por la misma enfermedad, tiene el empresario que pagar, de nuevo, el salario.

Si un trabajador cambiase de empresa, con la nueva relación laboral comienzan nuevos derechos. Significa que el nuevo empresario no puede computar las bajas tenidas en la empresa anterior, sino que tiene que abonar desde el principio las 6 semanas.

Cosa distinta es, si una empresa es asumida por un dueño diferente. En este caso el nuevo empresario continúa como si se tratase del antiguo dueño.

Sólo si se puede probar que el único motivo de despido ha sido por enfermedad, está obligada la empresa a seguir

pagando después del despido hasta completar las 6 semanas.

Como ya se sabe, la enfermedad interrumpe las vacaciones. Desde ese momento las vacaciones no disfrutadas quedan pendientes para, de acuerdo con la empresa, disfrutarlas en fecha posterior.

Durante las vacaciones no pagadas, si el trabajador enfermase, no tiene derecho a que se le abone salario por enfermedad.

En principio el salario por enfermedad tiene un valor sustitutorio, es decir, al no poder trabajar y tener una pérdida de salario, el empresario primero y la Caja de Enfermedad después, deben sustituir el salario perdido.

Lo que significa que durante las vacaciones no pagadas, al no tener el trabajador pérdida de salario, tampoco percibirá sueldo por la empresa.

Aquí hay que advertir que debe quedar claro con la empresa el día que el trabajador, después de las vacaciones no pagadas, tiene que incorporarse a su puesto trabajo, pues, de lo contrario, se expone a que, en caso de enfermedad, no pague ni la empresa ni la Caja de Enfermedad, por tratarse de vacaciones no pagadas por tiempo indefinido.

En caso de huelga tampoco paga la empresa si se está enfermo y además el plazo de 6 semanas comienza con la baja y no con el día que empieza a pagar la empresa.

Dice la ley que la incapacidad laboral no debe ser provocada intencionadamente por el trabajador; si lo fuese, la empresa puede denegar el pago.

Si la incapacidad proviene por ejercitar un deporte como el fútbol, tenis e incluso boxeo, y el trabajador está en condiciones normales de ejecutarlo, debe pagar la empresa en el caso de que la lesión le produzca incapacidad.

No juega papel ninguno el que la incapacidad se ocasione en casa realizando un trabajo privado, en la calle, en el campo, jardín, etc..

La empresa tiene que pagar, cada vez que el trabajador cae enfermo, si se trata de enfermedades distintas:

Ejemplo: Si la baja se termina el 3 de marzo y el día 4 de marzo el trabajador, de camino a la empresa, sufre un accidente o se pone enfermo por la noche en casa, la empresa debe pagar otra vez 6 semanas.

Según el Art. 3 de esta ley que nos ocupa; el trabajador está obligado a comunicar inmediatamente al empresario la incapacidad, es decir, el mismo día de baja y en el plazo de tres días a entregar el parte de baja.

Mientras no se presente el parte de baja, el empresario no está obligado a pagar.

Con esto hay que tener mucho cuidado, pues, el no entregar el parte de baja a tiempo o no comunicar la baja puede ser motivo de despido.

HOSPICIOS

En Alemania existe un número cada vez más elevado de hospicios, cuya meta es, enfermos con enfermedades graves incurables y en fase terminal, atenderlos dignamente antes de que mueran. Están pensados estos hospicios para asegurados, que no necesitan tratamiento hospitalario; pero

no es posible, por encontrarse solos, una atención o asistencia ambulante en su domicilio o en la familia. En estos casos las cajas de enfermedad concederán un suplemento de unos 125 € diarios. Este suplemento es aproximadamente la mitad de la tarifa diaria de un hospital.

MATERNIDAD

Todos los gastos de médico, comadrona, estancia en la clínica, etc., que estén relacionados con el embarazo y el parto son asumidos íntegramente por las cajas de enfermedad, sin que las mujeres tengan que abonar aportaciones propias (Art. 195-199 RVO).

SUBSIDIO POR MATERNIDAD (Art. 200, 200 b RVO)

Las mujeres trabajadoras que, entre el principio del décimo y el final del cuarto mes anteriores al alumbramiento, hubiesen estado, al menos, 12 semanas aseguradas o en una relación laboral, tienen derecho al Subsidio por Maternidad, que abonan las cajas de enfermedad, durante las 6 semanas antes y las 8 semanas (en caso de parto prematuro o múltiple 12) después del parto.

El importe máximo que abonan las cajas de enfermedad asciende a **13 €** diarios. Si la mujer trabajadora tenía un salario superior a 13 € diarios, la diferencia hasta el salario neto íntegro lo paga el empresario.

Las mujeres que reciben prestaciones por desempleo, bien sea Arbeitslosengeld o bien Arbeitslosengeld II, reciben el mismo importe que recibían de la Agentur für Arbeit.

Las trabajadoras que no están aseguradas o lo están

privadamente reciben del Bundesversicherungsamt, en concepto de Subsidio por Maternidad, la cantidad de **210,-- €**. Estas últimas deben seguir pagando ellas mismas las cuotas al seguro de enfermedad privado.

EMBARGO DE LAS PRESTACIONES

Cada dos años se actualizan las cantidades libres de ser embargadas. Los topes desde el 01.07.2009 son los siguientes:

Para una persona sola:	989,99 € al mes
Con una persona más:	1.359,99 € al mes
Con dos personas :	1.569,99 € al mes
Por cada persona más:	210,00 € al mes

SEGURO DE CUIDADOS (DEPENDENCIA) (Pflegeversicherung)

Aunque este seguro tiene vida propia y no es una ramificación de otro seguro, está, sin embargo, muy próximo al Seguro de Enfermedad. De hecho, toda aquella persona que está obligatoria o voluntariamente asegurada en el Seguro de Enfermedad, tiene que estarlo inexorablemente en el Seguro de Dependencia. Las Cajas del Seguro de Dependencia tienen su sede en las Cajas del Seguro de Enfermedad.

Este seguro que, como su nombre indica, tiene la función de cubrir económicamente y a través de prestaciones en especie las necesidades que les sobrevienen a las personas que se ven obligadas a depender de otra persona, para realizar las tareas más esenciales de la vida cotidiana, existe en

Alemania, como un seguro autónomo dentro del Régimen General de la Seguridad Social, desde el año 1995.

Entre las varias prestaciones que concede este seguro destacan principalmente dos: La asistencia y cuidado de la persona necesitada a través de personal cualificado bien en el propio domicilio, bien en una residencia o la concesión de una cantidad de dinero en favor de una persona allegada (familiar, vecina, conocida) por atender a la persona discapacitada en su propio domicilio.

Para tener derecho a las prestaciones del Seguro de Dependencia se exige un periodo previo de cotización de 2 años en los últimos 10, y, como sucede en el Seguro de Enfermedad, están afiliados obligatoriamente al mismo los trabajadores por cuenta propia, los perceptores de Prestaciones por Desempleo y Prestaciones por Enfermedad, los pensionistas, así como los cónyuges y los hijos de los titulares, cumpliendo los mismos requisitos que se exponían anteriormente para tener derecho al Seguro de Enfermedad.

La cuota actual es el 1,95 % del salario bruto o de la pensión o del subsidio por enfermedad según los casos. La mitad de la cuota la paga el asegurado y la otra mitad el empresario o la Caja de Enfermedad. Sólo en el caso de los parados, abona la Oficina de Empleo la cuota completa **y en el caso de los pensionistas deben pagar ellos la cuota completa del 1,95 %.** Los trabajadores mayores de 23 años y menores de 65 años, que no hayan tenido hijos pagan una cuota complementaria del 0,25%, es decir, un total del 2,2% del salario bruto, de los cuales el trabajador paga el 1,225% y los empresarios pagan el 0,975%. Los pensionistas sin hijos pagan la cuota completa del 2,2%.

Existen tres niveles según el grado de minusvalidez:

1º.-Personas con minusvalidez considerable, que necesitan una ayuda diaria de al menos una hora y media.

2º.-Personas con minusvalidez grave, que necesitan unos cuidados de 3 horas diarias como mínimo y

3º.-Personas con gran minusvalidez, que dependen de la ayuda de otra persona durante las 24 horas del día.

El importe de las prestaciones depende del grado de minusvalía:

Por el primer grado: **225,00 euros mensuales**

Por el segundo grado: **430.00 euros mensuales**

Por el tercer grado: **685.00 euros mensuales**

Si la asistencia se lleva a cabo por una institución o personal profesional, prestación en especie, las ayudas que reciben la institución o el personal cualificado son de:

440 euros mensuales en el primer grado

1.040 euros mensuales en el segundo grado

1.510 euros mensuales en el tercer grado

Las prestaciones se conceden previa solicitud y el grado de minusvalidez lo constata un facultativo nombrado por la Caja de Dependencia que reconoce al solicitante en su propio domicilio.

A pesar de tratarse de un seguro relativamente joven, son muchos los pleitos que se han celebrado sobre su aplicación y el más conocido de todos ellos es sin duda el caso Molenaar, sobre el que decidió el 5.3.1998 el Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas en Luxemburgo. El

Gobierno alemán se negaba a conceder las prestaciones económicas del Seguro de Dependencia fuera de las fronteras alemanas. El citado Tribunal sentenció en contra de las Cajas de Dependencia, condenando a éstas a conceder las prestaciones económicas a los asegurados afectados de algún grado de minusvalidez, aunque estos trasladen su residencia a otro país de la Unión Europea, o aunque el grado de minusvalidez les sobrevenga durante su estancia permanente en un País de la UE distinto de Alemania, por tratarse de prestaciones económicas que son exportables según los Reglamentos Comunitarios.

Debido a esto, son ya muchos los españoles perceptores de las prestaciones del Seguro de Dependencia que al retornar han continuado recibiendo las prestaciones y otros muchos pensionistas que por percibir solamente pensión de Alemania siguen cotizando a los Seguros de Enfermedad y Dependencia y al verse afectados por una minusvalidez, que les hace depender de la ayuda de otra persona, han solicitado las prestaciones desde España y las están percibiendo.

Los españoles pensionistas retornados que, por haber cotizado sólo en Alemania, siguen pagando las cuotas a los Seguros de Enfermedad y Dependencia alemanes, tendrán derecho a las prestaciones económicas del Seguro de Dependencia, si se viesen afectados.

Los pensionistas con derecho a pensión española y alemana que, al retornar definitivamente a España, tienen derecho a la asistencia sanitaria española, y son dados de baja de los seguros obligatorios alemanes de enfermedad y dependencia, deben solicitar, antes de retornar, la afiliación voluntaria en el seguro alemán de Dependencia, si no quieren perder un posible derecho a las prestaciones expuestas en caso de que algún día las necesitasen.

Conviene solicitar la afiliación voluntaria antes de retornar, ya que el plazo para hacerlo es de sólo 1 mes después de la baja en el seguro obligatorio.

La Caja de Seguro competente es la última en la que se haya estado asegurado obligatoriamente en Alemania.