



# Häufig gestellte Fragen zum Tarif ARAG FörderPflege

FörderPflege (PF)

Stand 1.2017

# 1. Fragen zur Pflegezusatzversicherung allgemein

## 1.1 Warum ist eine Pflegezusatzversicherung sinnvoll?

Mehr als zwei Millionen Menschen sind bereits heute in Deutschland auf Pflege angewiesen. Auf die Betroffenen und gegebenenfalls auch auf die nächsten Angehörigen kommen neben den psychischen und physischen auch hohe finanzielle Belastungen zu. Die gesetzliche Pflegeversicherung gewährt hierfür eine Grundversorgung. Die gesetzliche Pflegeversicherung wird im Umfeld der gesetzlichen Krankenversicherung auch gesetzliche oder soziale Pflegepflichtversicherung genannt, im Umfeld der privaten Krankenversicherung auch private Pflegepflichtversicherung. In beiden Ausprägungen besitzt die gesetzliche Pflegeversicherung den exakt gleichen Leistungsumfang.

Die Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung reichen jedoch in der Regel nicht aus, um die Kosten für eine professionelle Pflegekraft oder für vollstationäre Pflege zu bezahlen. So erhält ein Schwerpflegebedürftiger (bei Einstufung in Pflegegrad 5) für die vollstationäre Pflege in einem Heim 2.005 Euro von der Pflegepflichtversicherung. Die tatsächlichen Kosten liegen jedoch bereits heute bei rund 2.700 bis 3.700 Euro. Die monatliche finanzielle Lücke ist vom Pflegebedürftigen selbst aus Rente/Pension und Privatvermögen zu zahlen. Reicht das Einkommen oder das Vermögen nicht aus, werden die nächsten Angehörigen (Ehepartner, Kinder) zur Finanzierung der Kosten herangezogen. Erst wenn alle finanziellen Spielräume ausgeschöpft sind, leistet das Sozialamt.

Wer die mit einer Pflegebedürftigkeit verbundenen finanziellen Belastungen verringern möchte, sollte rechtzeitig aktiv werden und eine Pflegezusatzversicherung abschließen.

Die Pflegezusatzversicherung stockt die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung auf und erhält somit den finanziellen Spielraum im Pflegefall.

## 1.2 Unter welchen Voraussetzungen leistet die Pflegepflichtversicherung?

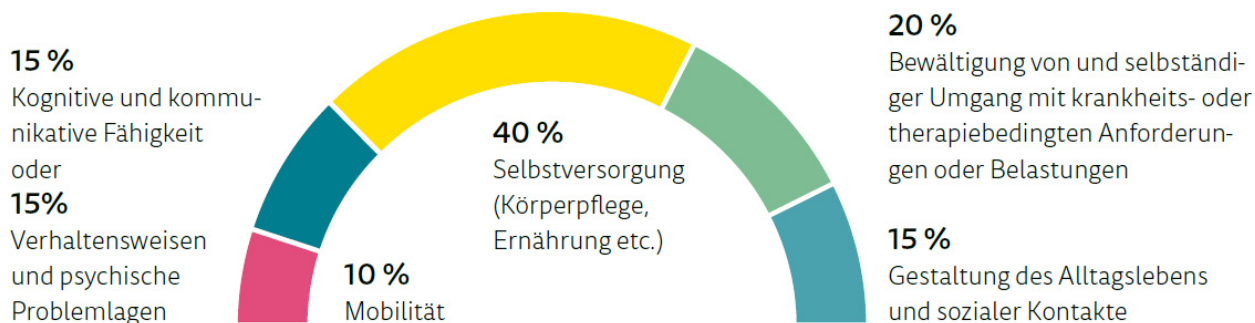
Die Pflegepflichtversicherung (gesetzlich ebenso wie privat) erbringt dann eine Leistung, wenn die pflegebedürftige Person durch den medizinischen Dienst in einen der Pflegegrade 1, 2, 3, 4 oder 5 eingestuft wurde. Hierbei wird das Maß der Selbstständigkeit zu Grunde gelegt (siehe Frage Nr. 1.4).

## 1.3 Welche Auswirkungen hat das Pflegestärkungsgesetz II?

Pflegebedürftigkeit wird ab dem 01. Januar 2017 neu definiert. Fünf Pflegegrade ersetzen seitdem die bisherigen drei Pflegestufen, was zu einigen Leistungsverbesserungen geführt hat, aber auch zu höheren Kosten in der Pflege – und in der Pflegeversicherung.

Bisher wurden Menschen mit geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen (zum Beispiel Demenz) nicht in gleicher Weise berücksichtigt wie diejenigen mit rein körperlichen. Sie wurden ungleich behandelt, sowohl bei der Begutachtung als auch hinsichtlich der Art und Höhe der Leistungen, die sie aus der Pflegeversicherung erhalten haben. Dank dem Pflegestärkungsgesetz II ist dies seit dem 01. Januar 2017 anders. Seitdem gelten ein neues Begutachtungsverfahren und ein angepasstes Leistungsrecht und demenzerkrankte Personen erhalten die gleiche Berücksichtigung und Leistungen wie Pflegebedürftige aus körperlichen Gründen. Die „Minutenpflege“ gehört der Vergangenheit an und die persönlichen Bedürfnisse werden besser berücksichtigt. Deshalb orientiert sich die Einstufung der Pflegebedürftigkeit ab dem 01.01.2017 nicht mehr an der Zeit, die zur Unterstützung eines Pflegebedürftigen benötigt wird, sondern an dem Maß der Selbstständigkeit.

Ab 2017 werden vor Einstufung in einen Pflegegrad sechs Lebensbereiche geprüft und unterschiedlich gewichtet. Kognitive oder psychische Beeinträchtigungen spielen dabei eine größere Rolle als bisher.



## 1.4 Welche Pflegegrade gibt es und wie sind diese definiert?

---

Durch den medizinischen Dienst wird festgestellt, ob Pflegebedürftigkeit besteht. Es wird das Maß der Selbstständigkeit zu Grunde gelegt.

Pflegegrad 1	Geringe Beeinträchtigung des Selbstständigkeit
Pflegegrad 2	Erhebliche Beeinträchtigung des Selbstständigkeit
Pflegegrad 3	Schwere Beeinträchtigung des Selbstständigkeit
Pflegegrad 4	Schwerste Beeinträchtigung des Selbstständigkeit
Pflegegrad 5	Schwerste Beeinträchtigung des Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

## 2. Fragen zu Vertragsangelegenheiten

### 2.1 Ab wann besteht Versicherungsschutz?

---

Versicherungsschutz besteht ab Versicherungsbeginn.

Im Tarif **FörderPfle**ge beträgt die Wartezeit fünf Jahre. Diese entfällt bei Unfall. Weiterhin entfällt die Wartezeit nach Tarif **FördePfle**ge, wenn gleichzeitig ein Tarif Pflegezusatztarif mit Gesundheitsprüfung abgeschlossen wird. Auch bei nachträglichem Abschluss eines Tarifs mit Gesundheitsprüfung entfällt die Wartezeit nach Tarif **FörderPfle**ge (bezogen auf den Abschlusszeitpunkt des Tarifs mit Gesundheitsprüfung).

### 2.2 Besteht im Leistungsfall Beitragsfreiheit?

---

Nein. Auch im Leistungsfall sind die Beiträge in voller Höhe zu entrichten.

### 2.3 Wer kann eine private Pflegezusatzversicherung nach Tarif ARAG FörderPfle

---

Eine private Pflegezusatzversicherung nach Tarif **FörderPfle**ge kann jeder ab Alter 18 abschließen, der pflegepflichtversichert ist. Es ist dabei unerheblich, ob die versicherte Person gesetzlich oder privat krankenversichert ist, da die gesetzliche und die private Pflegepflichtversicherung den exakt gleichen Leistungsumfang besitzen.

### 2.4 Wie ist das Prozedere im Pflegefall?

---

1. Stellen eines Antrags auf Leistung aus der Pflegepflichtversicherung bei der sozialen bzw. privaten Pflegepflichtversicherung
2. Möglichst zeitgleiche Meldung bei der ARAG-Krankenversicherung (durch Anruf, Brief, Fax oder E-Mail)
3. Begutachtung und Erstellen des Pflegegutachtens durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen bzw. der privaten Pflegeversicherung.
4. Wird keine Pflegebedürftigkeit festgestellt, endet der Prozess. Wird ein Pflegegrad anerkannt, so erfolgt eine Leistungszusage der Pflegepflichtversicherung.
5. Der ARAG-Krankenversicherung ist das Gutachten des Medizinischen Dienstes und die Leistungszusage der Pflegepflichtversicherung vorzulegen.
6. Bei Vorliegen des Gutachtens und der Leistungszusage der Pflegepflichtversicherung erfolgt seitens der ARAG eine Leistungszusage.
7. Die versicherte Leistung wird monatlich an Sie ausbezahlt. Ein Kostennachweis ist nicht erforderlich
8. In vierteljährlichen Abständen fordern wir von Ihnen einen Nachweis über das Fortbestehen der Pflegebedürftigkeit an. Die Bestätigung erhalten Sie von Ihrer gesetzlichen Pflegeversicherung.

### 3. Fragen zu den Leistungen Tarif FörderPfleger (PF)

#### 3.1 Worin bestehen die Leistung des Tarifs PF?

---

Die Leistung des Tarifs **FörderPfleger** staffelt sich je nach erreichtem Pflegegrad folgendermaßen:

Pflegegrad 1	10 Prozent
Pflegegrad 2	20 Prozent
Pflegegrad 3	30 Prozent
Pflegegrad 4	40 Prozent
Pflegegrad 5	100 Prozent

Der versicherte Tagessatz in Pflegegrad 5 beträgt mindestens 20 Euro. Der monatliche Mindestbeitrag liegt bei 15 Euro, hiervon werden noch 5 Euro staatliche Förderung abgezogen. Je nach Eintrittsalter der versicherten Person kann der versicherte Tagessatz höher sein als 20 Euro in Pflegegrad 5 oder der monatliche Beitrag höher als der Mindestbeitrag von 15 Euro.

#### 3.2 Ist die ausgezahlte Versicherungsleistung von der Pflegeart abhängig?

---

Nein. Die Höhe der Versicherungsleistung richtet sich nur nach dem festgestellten Pflegegrad und dem in dem jeweiligen Pflegegrad versicherten Tagessatz. Dieser Betrag wird Ihnen ausgezahlt, unabhängig davon, ob Sie im Pflegeheim, zu Hause durch einen ambulanten Pflegedienst oder von Angehörigen gepflegt werden.

#### 3.3 Muss für erbrachte Pflegeleistungen ein Kostennachweis erbracht werden?

---

Nein. Das versicherte Pfl egetagegeld wird ohne Kostennachweis ausgezahlt. Sie können über den Betrag frei verfügen.

#### 3.4 Bietet der Pflegezusatztarife ARAG FörderPfleger eine dynamische Leistungsanpassung?

---

Ja. Gerade in der Pflegezusatzversicherung liegt zwischen Vertragsabschluss und Leistungsbezug häufig ein Zeitraum von mehreren Jahren bis Jahrzehnten. Durch den Wertverlust der Inflation kann die bei Vertragsabschluss bedarfsgerechte Versicherungsleistung bei Eintritt des Leistungsfalls Jahre später deutliche Lücken aufweisen. Daher ist es wichtig, den Versicherungsschutz regelmäßig anzupassen.

Eine dynamische Anpassung übernimmt die ARAG Krankenversicherung für Sie. Alle drei Jahre passt die ARAG das vereinbarte Tagegeld in Pflegegrad 5 an. Basis ist die Entwicklung der allgemeinen Lebenshaltungskosten gemäß dem vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten „Verbraucherpreisindex für Deutschland – insgesamt“. Betrachtet werden hierbei die zuletzt beobachteten drei Veränderungsraten. Der Anpassungssatz ist auf maximal 10 Prozent je Anpassung begrenzt.

Die Leistungsanpassung findet in der jeweiligen Leistungsstufe nur statt, sofern während der letzten 24 Monate vor der Leistungsanpassung eine Versicherung nach Tarif PF bestand und sich während dieser Zeit die vereinbarten Tagessatzhöhen nicht geändert haben.

Auch wenn Sie bereits Leistungen aus den Pflegezusatztarifen erhalten, nehmen Sie an den dynamischen Leistungserhöhungen weiterhin teil. Die Anpassungen sind nicht auf ein bestimmtes Alter begrenzt.

Sind Sie mit der dynamischen Erhöhung nicht einverstanden, so können Sie dieser schriftlich widersprechen. Haben Sie zwei Erhöhungen hintereinander widersprochen, so nehmen Sie an weiteren Anpassungen nicht mehr teil.

#### 3.5 Entfällt die Beitragszahlung, wenn Leistungen aus der Pflegezusatzversicherung bezogen werden?

---

Nein. Im Tarif **FörderPfleger** müssen Sie die Beiträge auch bei Leistungsbezug weiter bezahlen.

## 3.6 Was passiert, wenn sich die Leistung der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung ändert?

---

Die maximale Tarifleistungen des Tarifs **FörderPfle**ge wird immer durch die Höhe des vereinbarten Tagessatzes in Pflegegrad 5 bestimmt. Ändern sich künftig die Leistungshöhe oder Leistungsarten in der Pflegepflichtversicherung, so hat dies keine Auswirkungen auf die Höhe des Pflagegeldes.

Informationen zu diesem Thema bei der ARAG **FörderPfle**ge finden Sie unter § 22 Teil I der AVB.

Für Sie bedeutet dies konkret:

Die ARAG Krankenversicherung verpflichtet sich, bei gesetzlichen Änderungen des Pflegebedürftigkeitsbegriffs neue beziehungsweise veränderte, mit dem dann vorliegenden System der Pflegepflichtversicherung kompatible Tarife zu entwickeln. Die ARAG Krankenversicherung wird alle Versicherten des Tarifs PF über die gesetzlichen Änderungen informieren und die Möglichkeit zur Überführung ihrer Verträge in die neuen beziehungsweise veränderten Tarife darlegen. Dabei erfolgt die Vertragsumstellung bis zum Umfang der bisher abgesicherten Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten.

## 3.7 Besteht Versicherungsschutz im Ausland?

---

Bei Abschluss des Vertrages nach Tarif **FörderPfle**ge muss die versicherte Person in der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung der Bundesrepublik Deutschland versichert sein und ihren ständigen Aufenthalt in Deutschland haben.

Verzieht die versicherte Person zu einem späteren Zeitpunkt in einen Mitgliedsstaat der Europäischen Union (EU) oder einen Staat, der dem europäischen Wirtschaftsraum (EWR) angehört, so kann der Versicherungsschutz ohne besondere Vereinbarung fortgesetzt werden. Dies gilt auch dann, wenn die gesetzliche oder private Pflegepflichtversicherung nicht weiter besteht.

Eine Fortsetzung des Versicherungsschutzes bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen Nicht-EU-/Nicht-EWR-Staat ist nach Tarif **FörderPfle**ge nicht möglich. Es besteht jedoch die Möglichkeit, den Vertrag im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen. Für die Dauer der Anwartschaftsversicherung besteht kein Versicherungsschutz nach Tarif **FörderPfle**ge. Kehrt der Versicherungsnehmer nach Deutschland beziehungsweise in einen EU-/EWR-Staat zurück, so endet die Anwartschaftsversicherung nach Tarif **FörderPfle**ge und der Versicherungsschutz lebt wieder auf.

Maßgebend für alle Leistungen sind neben dem Tarif (Teil III der AVB) die Musterbedingungen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung MB/GEPV 2017 (Teil I der AVB) und die Tarifbedingungen (Teil II der AVB).

Herausgeber: ARAG Krankenversicherungs-AG, Hollerithstraße 11, 81829 München