

Häufig gestellte Fragen zu den Pflege-Zusatztarifen

IndividualPflege (PI) und
FörderPflege (PF)

Stand 2.2014

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 Pflegestufe II) für die vollstationäre Pflege in einem Heim 1.279 Euro von der Pflegepflichtversicherung. Die tatsächlichen Kosten liegen jedoch bereits heute bei rund 2.500 bis 4.000 Euro. Die monatliche finanzielle Lücke von rund 1.200 bis 2.700 Euro 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 schafft somit einen finanziellen Spielraum im Pflegefall.

2 Worin bestehen die Leistungen der Tarife IndividualPflege und FörderPflege?

Die Leistung des Tarifs **IndividualPflege** besteht in der Zahlung des vereinbarten Pfl egetagegeldes bei Einstufung in die entsprechende versicherte Pflegestufe. Nähere Informationen zur Definition der Pflegestufen 0, I, II und III finden Sie unter der Antwort zu Frage 12.

Der Tarif **IndividualPflege** besteht aus vier Leistungsstufen:

PI0 bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe 0,
PI1 bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe I,
PI2 bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe II,
PI3 bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe III.

Je Leistungsstufe wird ein eigener Tagessatz versichert. Die Absicherung ist in 1-Euro-Schritten möglich. Dabei kann der versicherte Tagessatz in PI0 maximal 100 Euro, in den Leistungsstufen PI1 bis PI3 jeweils maximal 150 Euro betragen. Es müssen nicht alle Leistungsstufen abgesichert werden.

Bei erstmaliger Einstufung in eine versicherte Pflegestufe wird zusätzlich das 60-fache des in dieser Pflegestufe im Tarif **IndividualPflege** versicherten Tagessatzes ausgezahlt.

Die Leistung des Tarifs **FörderPflege** staffelt sich je nach erreichter Pflegestufe folgendermaßen:

Pflegestufe 0	10 Prozent
Pflegestufe I	20 Prozent
Pflegestufe II	30 Prozent
Pflegestufe III	100 Prozent

Der versicherte Tagessatz in Pflegestufe III 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 Pflegestufe 3 oder der monatliche Beitrag ist höher als der Mindestbeitrag von 15 Euro.

Die Tarife **IndividualPflege** und **FörderPflege** können miteinander kombiniert werden. Durch die Flexibilität der **IndividualPflege** können die je Leistungsstufe versicherten Tagessätze bedarfsgerecht auf den Tarif **FörderPflege** abgestimmt werden.

3 Wie ist das Prozedere im Leistungsfall?

1. Stellen eines Antrags auf Leistung aus der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung.
2. Möglichst zeitgleiche Meldung bei der ARAG Krankenversicherung (durch Anruf, Brief, Fax oder E-Mail)
3. Begutachtung und Erstellung des Pflegegutachtens durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen beziehungsweise der privaten Pflegeversicherung. Wird keine Pflegestufe festgestellt, endet der Prozess.
4. Bitte reichen Sie uns das Gutachten und den Einstufungsbescheid der gesetzlichen Pflegeversicherung ein.
5. Bei Einstufung in eine versicherte Pflegestufe erhalten Sie von der ARAG Krankenversicherung eine Leistungszusage.
6. Die versicherte Leistung wird monatlich an Sie ausgezahlt. Ein Kostennachweis ist nicht erforderlich. Aus Tarif **IndividualPflege** wird zusätzlich mit der ersten Leistungsauszahlung die Einmalleistung in Höhe des 60-fachen Tagessatzes an Sie ausgezahlt.
7. In vierteljährlichen Abständen fordern wir von Ihnen einen Nachweis über das Fortbestehen der Pflegebedürftigkeit an. Die Bestätigung erhalten Sie von Ihrer gesetzlichen Pflegeversicherung.

4 Ist die ausgezahlte Versicherungsleistung von der Pflegeart abhängig?

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

5 Muss für erbrachte Pflegeleistungen ein Kostennachweis erbracht werden?

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

6 Sehen die Pflegezusatztarife FörderPflege und IndividualPflege auch Leistungen bei Pflegestufe 0 vor?

Eine pflegebedürftige Person wird dann in Pflegestufe 0 eingestuft, wenn der Pflegebedarf noch nicht das Ausmaß der Pflegestufe 1 erreicht, jedoch aufgrund Demenz, geistiger Behinderung oder psychischer Erkrankung eine eingeschränkte Alltagskompetenz vorliegt.

Ja, der Tarif **FörderPflege** sieht auch Leistungen bei Einstufung in Pflegestufe 0 vor.

Der Tarif **IndividualPflege** sieht ebenfalls Leistungen in Pflegestufe 0 vor. Voraussetzung ist jedoch, dass in Tarifstufe P10 eine Leistung vereinbart ist. Wer für die Pflegestufe 0 keinen Tagessatz absichert, erhält auch keine Leistung bei Einstufung in Pflegestufe 0. Als besondere Leistung des Tarifes **IndividualPflege** erhalten Sie die Leistung der Tarifstufe P10 auch dann, wenn Sie in Pflegestufe 1 eingestuft werden und die eingeschränkte Alltagskompetenz weiterhin besteht.

7 Welche Assistance-Leistungen sind versichert?

Versicherte der **IndividualPflege** haben Anspruch auf umfangreiche Assistance-Leistungen. Hierzu zählen zum Beispiel

- Beratungsleistungen zu staatlichen Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung,
- Beratungsleistungen zur Einstufung in eine Pflegestufe einschließlich Widerspruchsverfahren
- eine persönliche Beratung in der Wohnung des Versicherten zu Fragen und Maßnahmen in Zusammenhang mit dem Eintritt des Pflegefalls.
- Vermittlung pflegerischer Dienstleistungen und das Wohnumfeld verbessernder Maßnahmen wie z.B. Vermittlung
 - eines Pflegeheimplatzes innerhalb von 24 Stunden
 - ambulanter Pflegedienste
 - Menüdienste/Essen auf Rädern
- Übernahme der Kosten für eine anwaltliche Beratung zur Erstellung oder Änderung einer Patientenverfügung sowie einer Vorsorgevollmacht bis zu 250 Euro pro Jahr.

Versicherte des Tarifs **FörderPflege**, die nicht nach Tarif **IndividualPflege** versichert sind, haben **keinen Anspruch auf die genannten Assistance-Leistungen**.

8 Wie kann ich Assistance-Leistungen in Anspruch nehmen?

Nach Vertragsschluss des Tarifes **IndividualPflege** erhalten Sie von uns eine Service-Telefonnummer sowie eine Service-E-Mailadresse. Wenn Sie Assistance-Leistungen in Anspruch nehmen möchten, so rufen Sie einfach die Service-Telefonnummer an oder schreiben uns eine E-Mail an die Service-E-Mailadresse.

9 Bieten die Pflegezusatztarife IndividualPflege und FörderPflege eine dynamische Leistungsanpassung?

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 in den Tarifen **IndividualPflege** und **FörderPflege** für Sie. Alle drei Jahre passt die ARAG die Tagessätze 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 Veränderungsdaten. Der Anpassungssatz ist auf maximal 10 Prozent je Anpassung begrenzt.

Die Leistungsanpassung findet in der jeweiligen Leistungsstufe des Tarifs **IndividualPflege** nur statt, sofern während der letzten 24 Monate vor der Leistungsanpassung eine Versicherung nach dieser Leistungsstufe 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.

Wenn Sie außerhalb der dynamischen Leistungserhöhungen den versicherten Tagessatz in der **IndividualPfle**ge erhöhen möchten, so ist hierfür eine erneute Gesundheitsprüfung notwendig.

Sind Sie mit der dynamischen Erhöhung nicht einverstanden, so können Sie dieser schriftlich widersprechen. Haben Sie zwei Erhöhungen hintereinander widersprochen, so erlischt Ihr Anspruch auf weitere Leistungsanpassungen.

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

Sobald Sie Leistungen aus dem Pflegezusatztarif **IndividualPfle**ge erhalten, müssen Sie für diesen Tarif keinen Beitrag mehr bezahlen. Dies bedeutet aber auch, wenn bei Ihnen eine Pflegestufe festgestellt wird, die Sie nicht im Tarif **IndividualPfle**ge versichert haben – Sie also keine Leistung aus dem Tarif erhalten – so müssen Sie weiterhin Beiträge bezahlen.

Im Tarif **FörderPfle**ge müssen Sie die Beiträge auch bei Leistungsbezug weiter bezahlen

11 Gibt es weitere Optionen zur Erweiterung des Versicherungsschutzes?

Über die Möglichkeit der dynamischen Anpassung hinaus, bietet der Tarif **IndividualPfle**ge bei einer Reihe wichtiger Ereignisse die Möglichkeit, den Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten anzupassen. Das bedeutet, es können sowohl versicherte Tagessätze erhöht, als auch neue – bisher nicht versicherte – Pflegestufen hinzuversichert werden. Voraussetzung ist, dass noch kein Pflegeantrag gestellt wurde.

Anlässe für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes im Rahmen der Nachversicherungsgarantie sind:

- Abschluss einer Berufsausbildung
- Heirat oder Begründung einer Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz
- Geburt eines Kindes oder Adoption eines minderjährigen Kindes
- Tod eines leiblichen oder adoptierten Kindes
- Erstmaliger Eintritt der Pflegebedürftigkeit des Ehepartners oder eingetragenen Lebenspartners
- Tod des Ehepartners oder eingetragenen Lebenspartners
- Scheidung vom Ehepartner oder vom eingetragenen Lebenspartner

Die Liste ist abschließend. Durch die genannten Ereignisse kann sich der Absicherungsbedarf für den Pflegefall ändern. Wir bieten Ihnen mit der Nachversicherungsgarantie volle Flexibilität für die wichtigsten Veränderungen in Ihrem Leben.

Tarif **FörderPfle**ge bietet keine Option zur Erweiterung des Versicherungsschutzes.

12 Besteht Versicherungsschutz im Ausland?

Bei Abschluss des Vertrages nach den Tarifen **FörderPfle**ge und/oder **IndividualPfle**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.

Verlegt die versicherte Person Ihren gewöhnlichen Aufenthalt jedoch in ein Land, das weder zur EU noch zum EWR gehört, so kann der Versicherungsschutz nach Tarif **IndividualPfle**ge nur durch eine besondere Vereinbarung fortgesetzt werden.

Der Versicherungsnehmer hat einen Anspruch auf Abschluss der besonderen Vereinbarung, wenn

- der Versicherungsnehmer dem Versicherer die Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts vor Wegzug anzeigt.
- die Ausweitung des Versicherungsschutzes im Zielland rechtlich möglich und umsetzbar ist,
- die Versicherungsnehmereigenschaft auf eine in Deutschland lebende Person übertragen und eine deutsche Bankverbindung nachgewiesen wird.

Im Rahmen der besonderen Vereinbarung kann ein Beitragszuschlag vereinbart werden.

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.

13 Sehen die Tarife Wartezeiten vor?

Im Tarif **IndividualPfle**ge gibt es keine Wartezeiten.

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

14 Welche Pflegestufen gibt es und wie werden diese definiert?

Durch den medizinischen Dienst wird festgestellt, ob Pflegebedürftigkeit besteht. Wird erhebliche, schwere oder schwerste Pflegebedürftigkeit festgestellt, so erfolgt eine Einordnung in die Pflegestufen I bis III. Erreicht der festgestellte Pflegebedarf nicht das Ausmaß der Pflegestufe I und es wird gleichzeitig eine eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt, so erfolgt eine Einstufung in Pflegestufe 0.

Definition	Pflegestufe 0 Eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegestufe I Erhebliche Pflegebedürftigkeit	Pflegestufe II Schwere Pflegebedürftigkeit	Pflegestufe III Schwerste Pflegebedürftigkeit
Hilfebedarf bei Grundpflege (Körperpflege, Ernährung und Mobilität)	Pflegebedarf erreicht	Mind. 1x täglich bei insgesamt 2 Verrichtungen	Mind. 3x täglich zu verschiedenen Tageszeiten	Rund um die Uhr
Hauswirtschaftliche Versorgung	nicht das Ausmaß der Pflegestufe I	Mehrfach wöchentlich	Mehrfach wöchentlich	Mehrfach wöchentlich
Täglicher Zeitaufwand		Mind. 1,5 Stunden, davon mehr als 45 min Grundpflege	Mind. 3 Stunden, davon mind. 2 Stunden Grundpflege	Mind. 5 Stunden, davon mind. 4 Stunden Grundpflege
	Zusätzlich liegt eine eingeschränkte Alltagskompetenz aufgrund Demenz, geistiger Behinderung oder psychischer Erkrankung vor.			

15 Welche Leistungen erbringt die gesetzliche Pflegepflichtversicherung?

Leistungen der Pflegepflichtversicherung seit 2013 in Euro

	Pflegestufe	Pflegestufe		Pflegestufe		Pflegestufe
	0*	I	I**	II	II**	III
Pflegegeld (Laienpflege)	120	235	305	440	525	700
Sachleistung (amb. Pflegedienst)	225	450	665	1.100	1.250	1.550
vollstationäre Pflege	-	1.023		1.279		1.550

* Pflegebedürftigkeit erreicht noch nicht Pflegestufe I, es besteht jedoch eingeschränkte Alltagskompetenz.

** zusätzlich zu Pflegestufe I oder II besteht noch eingeschränkte Alltagskompetenz (bspw. aufgrund Demenz); bei Pflegestufe III – unabhängig von der Pflegeart – wird diese Unterscheidung nicht getroffen; bei vollstationärer Pflege – unabhängig von der Pflegestufe – wird diese Unterscheidung ebenfalls nicht getroffen.

Liegt eingeschränkte Alltagskompetenz vor so können bei häuslicher Pflege – unabhängig von der Pflegestufe (also bei PS 0, I, II und III) – **100 Euro bzw. 200 Euro an zusätzlichen Betreuungsleistungen** in Anspruch genommen werden

Maßgeblich für den Leistungsumfang sind die dem Versicherungsvertrag konkret zugrunde gelegten Allgemeinen Versicherungsbedingungen.