



Häufig gestellte Fragen zu Tarif 68 und 69

Stand 1.2017

Inhalt

| | | |
|-----------|--|----------|
| 1. | Fragen zur Pflegezusatzversicherung allgemein..... | 3 |
| 1.1 | Warum ist eine Pflegezusatzversicherung sinnvoll?..... | 3 |
| 1.2 | Unter welchen Voraussetzungen leistet die Pflegepflichtversicherung? | 3 |
| 1.3 | Welche Auswirkungen hat das Pflegestärkungsgesetz II?..... | 3 |
| 1.4 | Welche Pflegegrade gibt es und wie sind diese definiert? | 4 |
| 2. | Fragen zu Vertragsangelegenheiten | 5 |
| 2.1 | Ab wann besteht Versicherungsschutz? | 5 |
| 2.2 | Besteht im Leistungsfall Beitragsfreiheit?..... | 5 |
| 2.3 | Wer kann eine private Pflegezusatzversicherung abschließen?..... | 5 |
| 2.4 | Warum ist die Absicherung bereits für Kinder und junge Erwachsene sinnvoll? | 5 |
| 2.5 | Wie ist das Prozedere im Pflegefall?..... | 5 |
| 2.6 | Besteht Versicherungsschutz im Ausland? | 5 |
| 3. | Fragen zu den Leistungen Tarif 68 | 6 |
| 3.1 | Worin besteht die Leistung des Tarifs 68?..... | 6 |
| 3.2 | Welche Pflegeleistungsarten sind versichert?..... | 6 |
| 3.3 | Sind neben den Pflegeleistungsarten auch Leistungen für Laienpflege versichert?..... | 6 |
| 3.4 | Beispielrechnungen zu Tarif 68..... | 6 |
| 3.5 | Wird immer automatisch die versicherte Höchstleistung ausgezahlt? | 7 |
| 3.6 | Was passiert, wenn sich die Leistung der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung ändert?..... | 7 |
| 4. | Fragen zu den Leistungen Tarif 69..... | 8 |
| 4.1 | Worin besteht die Leistung des Tarifs 69?..... | 8 |
| 4.2 | Sind auch Leistungen für Laienpflege versichert?..... | 8 |
| 4.3 | Sieht der Tarif 69 eine dynamische Leistungsanpassung vor? | 8 |
| 4.4 | Muss für erbrachte Pflegeleistungen ein Kostennachweis erbracht werden? | 8 |
| 4.5 | Was passiert, wenn sich die Leistung der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung ändert?..... | 8 |

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?

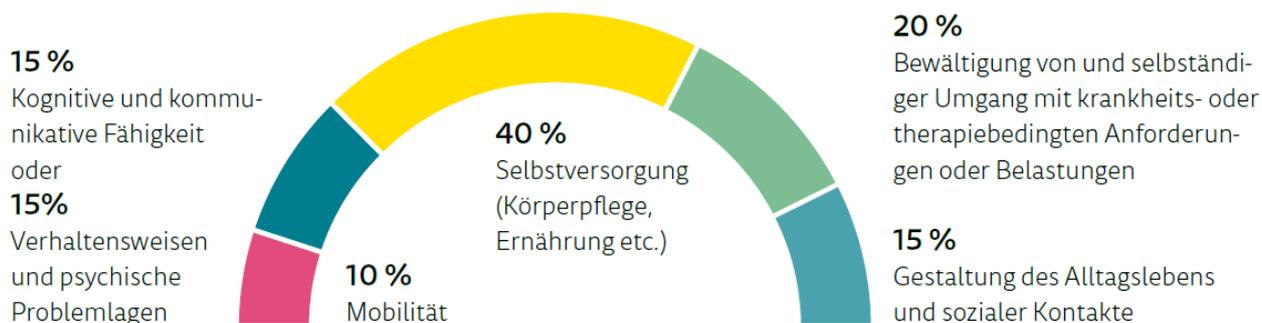
Die Pflegepflichtversicherung (gesetzlich ebenso wie privat) erbringt dann eine Leistung, wenn die pflegebedürftige Person durch den medizinischen Dienst in einen der Pflegegrade 1, 2, 3, 4 oder 5 eingestuft wurde. Hierbei wird das Maß der Selbstständigkeit zu Grunde gelegt (siehe Frage Nr. 1.4).

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 der Selbstständigkeit |
| Pflegegrad 2 | Erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit |
| Pflegegrad 3 | Schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit |
| Pflegegrad 4 | Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit |
| Pflegegrad 5 | Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung |

2. Fragen zu Vertragsangelegenheiten

2.1 Ab wann besteht Versicherungsschutz?

Versicherungsschutz besteht ab Versicherungsbeginn. Die Wartezeiten in den Tarifen 68 und 69 entfallen bedingungsgemäß.

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 abschließen?

Eine private Pflegezusatzversicherung kann jeder, der pflegepflichtversichert ist, abschließen. 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 Warum ist die Absicherung bereits für Kinder und junge Erwachsene sinnvoll?

Eine Absicherung für Kinder und junge Erwachsene ist deshalb sinnvoll, weil durch Unfall oder Krankheit jeder pflegebedürftig werden kann – unabhängig vom Alter.

Für Kinder sind die Beiträge für eine Pflegezusatzversicherung sehr günstig. Dadurch sichert sich das Kind bei Fortführung des Vertrages im Erwachsenenalter niedrige Beiträge.

Wer als junger Erwachsener in die Pflegezusatzversicherung eintritt, genießt schon in jungen Jahren Versicherungsschutz und sichert sich deutlich günstigere Beiträge für die gesamte Versicherungsdauer als bei Vertragsabschluss im mittleren oder höheren Alter.

2.5 Wie ist das Prozedere im Pflegefall?

Um erstmals Leistungen aus der Pflegeversicherung zu erhalten, empfiehlt sich folgendes Vorgehen:

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 für die im Pflegegutachten genannte Pflegeart (z.B. häusliche Laienpflege oder vollstationäre Pflege in einem Pflegeheim). In Tarif 69 muss die Pflegeart vollstationäre Pflege sein.
- 7.1 **Tarif 68:** Die Leistung wird gegen Vorlage der Rechnung ausgezahlt. Erhalten Sie durch die soziale oder private Pflegepflichtversicherung ein Pflegegeld, wofür der Betrag entsprechend der versicherten Tarifstufe erhöht. Das Pflegegeld wird dann monatlich ohne Kostennachweis rückwirkend ausbezahlt.
- 7.2 **Tarif 69:** Das versicherte Pflegegeld wird monatlich an Sie ausgezahlt. 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.

2.6 Besteht Versicherungsschutz im Ausland?

In der Pflegegeldversicherung nach Tarif 69 besteht Versicherungsschutz ausschließlich für Pflege in Deutschland.

In der Pflegekostenversicherung nach Tarif 68 besteht darüber hinaus Versicherungsschutz für Pflege in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union und des europäischen Wirtschaftsraums (EU/EWR)

3. Fragen zu den Leistungen Tarif 68

3.1 Worin besteht die Leistung des Tarifs 68?

Bei Tarif 68 handelt es sich um eine Pflegekostenversicherung. Abgesichert werden kann ein Prozentsatz zwischen 20 Prozent und 200 Prozent (jeweils in 20 Prozentschritten) der Leistung der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung. D.h. die Leistung der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung wird entsprechend der versicherten Tarifstufe um 20 Prozent bis 200 Prozent erhöht. Die versicherte Leistung wird in allen Pflegegraden erbracht.

Es gelten die folgenden Tarifstufen:

| Tarifstufe | 681 | 682 | 683 | 684 | 685 | 686 | 687 | 688 | 689 | 680 |
|------------------------|------|------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Erstattungsprozentsatz | 20 % | 40 % | 60 % | 80 % | 100 % | 120 % | 140 % | 160 % | 180 % | 200 % |

Im Unterschied zu einer Pflegegeldversicherung wird kein fester Tagessatz ausgezahlt, der dann zur freien Verfügung steht, sondern die Auszahlung erfolgt bei nachgewiesenen Sachkosten gegen Vorlage der Rechnung (Sachkostennachweis). Bei Laienpflege ist kein Sachkostennachweis erforderlich.

Der gesamte Leistungsbetrag einschließlich der Leistungen der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung ist auf 100 Prozent der erstattungsfähigen Kosten begrenzt.

3.2 Welche Pflegeleistungsarten sind versichert?

Zur Kostenerstattung werden folgende Leistungsarten anerkannt:

- Häusliche Pflege
- Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson (Ersatzpflege)
- Pflegehilfsmittel und Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen
- Teilstationäre Pflege (Tages- oder Nachtpflege)
- Kurzzeitpflege
- Vollstationäre Pflege (Pflegeheim) und Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen
- Angebote zur Unterstützung im Alltag und Anspruch auf einen Entlastungsbetrag
- Zusätzliche Leistungen für Versicherte in ambulant betreuten Wohngruppen
- Förderung der Gründung ambulant betreuter Wohngruppen

Bei stationärer Pflege zählen zu den erstattungsfähigen Kosten zusätzlich:

- Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung
- Besondere Komfortleistungen und zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen

3.3 Sind neben den Pflegeleistungsarten auch Leistungen für Laienpflege versichert?

Ja. Im Bereich der häuslichen Pflege sind auch Leistungen für Laienpflege (z.B. durch Ehepartner oder Kinder) vorgesehen. Dies ist dann der Fall, wenn von der Pflegepflichtversicherung das Pflegegeld ausgezahlt wird. Aus Tarif 68 stockt die ARAG dann die Leistung der Pflegepflichtversicherung um den vereinbarten Prozentsatz auf.

In diesem Fall ist kein Sachkostennachweis erforderlich.

3.4 Beispielrechnungen zu Tarif 68

Beispiele zur Veranschaulichung:

1. Ambulante Pflege durch einen Pflegedienst bei Einstufung in Pflegegrad 4

| | Ohne Pflegezusatzversicherung | Tarifstufe 685* |
|---|-------------------------------|-----------------|
| Durchschnittliche Pflegekosten durch Pflegedienst | 3.522 € | 3.522 € |
| Leistung der Pflegepflichtversicherung | 1.612 € | 1.612 € |
| Leistung der Pflegezusatzversicherung 685 | 0 € | 1.612 € |
| Differenz | -1.910 € | -298 € |
| Rente des Pflegebedürftigen | 1.000 € | 1.000 € |
| Absolute Differenz | -910 € | +702 € |

→ Ohne Pflegezusatzversicherung entsteht in diesem Beispiel ein monatlicher Fehlbetrag von 910 Euro, der durch privates Vermögen, Unterstützung unterhaltspflichtiger Angehöriger oder das Sozialamt zu decken ist.

2. Laienpflege durch den Ehepartner zuhause bei Einstufung in Pflegegrad 4; zur Entlastung der Pflegeperson wird eine private Haushaltshilfe beschäftigt: Von der Pflegepflichtversicherung wird ein Pflegegeld bezahlt.

| | Ohne Pflegezusatzversicherung | Tarifstufe 685* |
|--|-------------------------------|-----------------|
| Durchschnittliche Kosten der privaten Haushaltshilfe** | 1.275 € | 1.275 € |
| Leistung der Pflegepflichtversicherung | 728 € | 728 € |
| Leistung der Pflegezusatzversicherung 685 | 0 € | 728 € |
| Differenz | -547 € | +181 € |

* Tarifstufe 685 stockt die Leistung der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung um bis zu 100 Prozent auf.

** Aus der Pflegebedürftigkeit resultierende Kosten z.B. zur Reinigung des Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen.

→ Ohne Pflegezusatzversicherung können die aus der Pflegebedürftigkeit resultierenden Kosten für eine Haushaltshilfe nicht gedeckt werden.

→ Mit Tarifstufe 685 der ARAG Krankenversicherung bleiben dem Pflegebedürftigen zusätzlich 181 Euro monatlich zur freien Verfügung, womit beispielsweise der pflegende Ehepartner unterstützt werden kann.

3.5 Wird immer automatisch die versicherte Höchstleistung ausgezahlt?

Nein. Entsprechend dem versicherten Prozentsatz in Tarif 68 wird die Leistung der Pflegepflichtversicherung bei nachgewiesenen Sachkosten (d.h. der ARAG-Krankenversicherung muss die Rechnung vorliegen) bis max. zum versicherten Höchstsatz gezahlt. Liegen die nachgewiesenen Sachkosten darunter, so werden nur die tatsächlich angefallenen Sachkosten übernommen.

Ein Beispiel zur Veranschaulichung:

Vollstationäre Pflege in einem Pflegeheim bei Einstufung in Pflegegrad 5

| | Ohne Pflegezusatzversicherung | Mit Tarifstufe 685* |
|--|-------------------------------|---------------------|
| Durchschnittliche Pflegekosten in einem Pflegeheim | 3.188 € | 3.188 € |
| Leistung der Pflegepflichtversicherung | 2.005 € | 2.005 € |
| Leistung der Pflegezusatzversicherung 685 | 0 € | 1.183 € |
| Differenz | 1.183 € | 0 € |
| Rente des Pflegebedürftigen | 1.000 € | 1.000 € |
| Absolute Differenz | -183 € | +1.000 € |

* Tarifstufe 685 stockt die Leistung der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung um bis zu 100 Prozent auf.

→ Die verbleibenden 1.183 Euro werden aus Tarifstufe 685 übernommen. Die „restlichen“ 822 Euro (Differenz 2.005 Euro und 1.183 Euro) werden nicht ausgezahlt.

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

Die maximale Tarifleistungen des Tarifs 68 wird immer durch die Höhe der Leistung der Pflegepflichtversicherung bestimmt. Ändern sich künftig die Leistungshöhe oder Leistungsarten in der Pflegepflichtversicherung so ändert sich entsprechend auch die Leistung aus Tarif 68. Damit ist in Tarif 68 automatisch eine dynamische Leistungsanpassung integriert.

4. Fragen zu den Leistungen Tarif 69

4.1 Worin besteht die Leistung des Tarifs 69?

Bei Tarif 69 handelt es sich um eine **Pflegetagegeld**versicherung, in der bei Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 2 für jeden Tag der vollstationären Pflege ein Pflegetagegeld in Höhe des vereinbarten Tagessatzes gezahlt wird.

4.2 Sind auch Leistungen für Laienpflege versichert?

Nein. Das Tagegeld wird nur bei vollstationärer Pflege gezahlt. Für Pflege im häuslichen Bereich werden keine Leistungen gezahlt.

4.3 Sieht der Tarif 69 eine dynamische Leistungsanpassung vor?

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.

Die ARAG-Krankenversicherung ermittelt spätestens alle drei Jahre die durchschnittlichen Kosten für die vollstationäre Pflege. Bei einem Anstieg von mindestens 10 Prozent gegenüber den der letzten Leistungsanpassung zugrunde liegenden Durchschnittskosten wird das vereinbarte Pflegetagegeld entsprechend angepasst, sofern die nachfolgend aufgeführten Voraussetzungen erfüllt sind:

- Während der letzten 24 Monate vor der Leistungsanpassung bestand eine Versicherung nach Tarif 69 und in dieser Zeit hat sich die vereinbarte Tarifstufe nicht geändert.
- Das hinzukommende Pflegetagegeld wird auf volle Euro aufgerundet.

Die Leistungsanpassung gilt als vom Versicherungsnehmer angenommen, wenn er sie nicht spätestens einen Monat nach Wirksamwerden schriftlich abgelehnt hat.

4.4 Muss für erbrachte Pflegeleistungen ein Kostennachweis erbracht werden?

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

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

Die maximale Tarifleistungen des Tarifs 69 wird immer durch die Höhe des vereinbarten Tagessatzes bestimmt. Ändern sich künftig die Leistungshöhe oder Leistungsarten in der Pflegepflichtversicherung, so hat dies keine Auswirkungen auf die Höhe des Pflegetagegeldes.

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

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