

Ambulante Leistungen der Pflegeversicherung für pflegebedürftige Menschen

Die Soziale Pflegeversicherung wurde 1995 in Deutschland eingeführt. Menschen haben je nach Grad der Pflegebedürftigkeit Anspruch auf eine Vielzahl von Leistungen der Pflegeversicherung – je nachdem ob sie zu Hause, in einer ambulant betreuten Wohngruppe oder in einer vollstationären Pflegeeinrichtung versorgt werden. Die meisten Leistungen werden erst ab dem Vorliegen des Pflegegrades 2 gewährt.

Pflegegrad	Pflegegeld (mtl.)	Kombinationsleistung	Pflegesachleistung bis zu (mtl.)	Entlastungsbetrag (mtl.)	Tages-/Nachtpflege (mtl.)	Pflege bei Verhinderung (jährlich-Angehörige/Zugehörige)	Kurzzeitpflege (jährlich bis)	Pflegehilfsmittel (mtl.)	Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (je Maßnahme)
1	---	Kombinationsleistung	---	131 €	---	---	---	42 €	4.180 €
2	347 €		796 €	131 €	721 €	694 €	3539 €	42 €	4.180 €
3	599 €		1.497 €	131 €	1.357 €	1198 €	3539 €	42 €	4.180 €
4	800 €		1.859 €	131 €	1.685 €	1600 €	3539 €	42 €	4.180 €
5	990 €		2.299 €	131 €	2.085 €	1980 €	3539 €	42 €	4.180 €

Weitere Erläuterungen

Pflege bei Verhinderung und Kurzzeitpflege

Eine Ersatzpflege ist bis zu 8 Wochen pro Kalenderjahr möglich. Pflegeaufwendungen der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege können bis zu einem Gesamtbetrag in Höhe von 3539 € erbracht werden. Eine Trennung der Leistungsarten ist bei Inanspruchnahme nicht mehr erforderlich. Der maximale Betrag kann nun auch nur für Verhinderungspflege **oder** Kurzzeitpflege eingesetzt werden.

Entlastungsbetrag

Wer seinen Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen nicht voll ausschöpft, kann zudem den nicht für den Bezug von ambulanten Sachleistungen genutzten Betrag - maximal aber 40% des hierfür vorgesehenen Leistungsbetrages – für Angebote zur Unterstützung im Alltag verwenden. Darüber hinaus können Mittel der Verhinderungspflege gemäß § 39 SGB XI eingesetzt werden.



Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen

Zusätzlich haben Pflegebedürftige in den Pflegegraden 1-5 einen Anspruch auf einen pauschalen Wohngruppenschlag in Höhe von **450 € monatlich**. Voraussetzung dafür ist, dass sie in einer selbstverantwortlich organisierten, ambulant betreuten Wohngruppe leben, die aus mindestens 3 und höchstens 12 Bewohnerinnen und Bewohnern besteht, von denen mindestens 3 Personen pflegerisch betreut werden. Ein Mitglied der Wohngruppe muss gemeinschaftlich beauftragt sein, unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung, allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten zu verrichten oder hauswirtschaftliche Unterstützung zu leisten. Leistungen der Tages- und Nachtpflege gemäß §41 SGB XI können neben diesen Leistungen nur in Anspruch genommen werden, wenn gegenüber der zuständigen Pflegekasse durch eine Prüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) nachgewiesen ist, dass die Pflege in der ambulant betreuten Wohngruppe ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt ist.

Quelle : [BMG \(2026\) Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2026 an die Pflegeversicherung im Kurzüberblick](#)

Impressum

Hrsg: Fachstelle Altern und Pflege im Quartier im Land Brandenburg (FAPIQ)
Rudolf-Breitscheid-Str. 63 | 14482 Potsdam
www.fapiq-brandenburg.de | V.i.S.d.P.

Stand: 04/2026

