



2025 Medicare-Beträge

Medicare Teil A (Krankenhausversicherung) Kosten

Monatliche Prämie:

- **\$0 für die meisten Menschen** (weil sie oder ihr Ehepartner während ihrer Erwerbstätigkeit lange genug Medicare-Steuern gezahlt haben – in der Regel mindestens 10 Jahre). Wenn Sie Medicare vor dem 65. Lebensjahr erhalten, zahlen Sie keine Prämie für Teil A. Dies wird manchmal als „prämienfreier Teil A“ bezeichnet.
- **Wenn Sie keinen Anspruch auf den prämienfreien Teil A haben**, können Sie möglicherweise diesen dennoch kaufen. Sie zahlen jeden Monat eine Prämie von entweder
 - **\$285**, wenn Sie für 30-39 Arbeitsquartale Medicare-Steuern bezahlt haben
 - **\$518**, wenn Sie für weniger als 30 Arbeitsquartale Medicare-Steuern gezahlt haben

Verspätungszuschlag Teil A: Wenn Sie die Versicherung nicht zum ersten Mal abschließen, wenn Sie Anspruch auf Medicare haben (in der Regel, wenn Sie 65 Jahre alt werden), kann sich Ihre monatliche Prämie um 10 % erhöhen. Sie werden den Verspätungszuschlag für die doppelte Anzahl von Jahren bezahlen müssen, für die Sie sich nicht angemeldet hatten.

Kosten für Teil A, wenn Sie Original-Medicare haben

Kosten	Sie zahlen
Teil A Selbstbehalt	\$1,676 für jeden stationären Krankenhaus-Leistungszeitraum, bevor Original-Medicare die Kosten übernimmt. Es gibt keine Begrenzung für die Anzahl der Leistungszeiträume, die Sie pro Jahr in Anspruch nehmen können. Das bedeutet, dass Sie den Selbstbehalt mehr als einmal im Jahr zahlen können.
Stationäre Krankenhauspflege	<ul style="list-style-type: none">▪ Tage 1–60: \$0 nach Zahlung Ihres Selbstbezalts für Teil A.▪ Tage 61–90: \$419 pro Tag.▪ Nach Tag 90: \$838 pro Tag, wenn Sie Ihre 60 Tage Lebenszeitreserve nutzen.▪ Nach Tag 150: Sie tragen alle Kosten.

Kosten	Sie zahlen
	HINWEIS: Sie zahlen für private Krankenpflege, einen Fernseher oder ein Telefon in Ihrem Zimmer (wenn diese Dinge gesondert berechnet werden), persönliche Pflegeartikel (Rasierapparate oder Haussocken) oder ein Privatzimmer, es sei denn, es ist medizinisch notwendig.
Stationäre Behandlung für psychosoziale Versorgung.	Wenn Sie in einem allgemeinen oder psychiatrischen Krankenhaus stationär behandelt werden, zahlen Sie außerdem 20 % des von Medicare genehmigten Betrags für psychosoziale Leistungen, die Sie während Ihres Aufenthalts von Anbietern erhalten. HINWEIS: Wenn Sie Leistungen in einem psychiatrischen Krankenhaus in Anspruch nehmen, denken Sie daran, dass Teil A nur für bis zu 190 Tage stationärer psychiatrischer Behandlung während Ihres Lebens zahlt.
Aufenthalt in Pflegeeinrichtungen mit ausgebildetem Krankenpflegepersonal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tage 1–20: \$0. ▪ Tage 21–100: \$209.50 jeden Tag. ▪ Tage 101 und darüber hinaus: Sie tragen alle Kosten.
Häusliche Krankenpflege	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$0 für abgedeckte häusliche Krankenpflegedienste. ▪ 20 % des von Medicare genehmigten Betrags für medizinische Hilfsmittel (durable medical equipment – DME) wie Rollstühle, Gehhilfen, Krankenhausbetten und andere Geräte.
Hospizpflege	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$0 für gedeckte Hospizpflegeleistungen ▪ Eine Zuzahlung von bis zu \$5 für jedes verschreibungspflichtige Medikament und ähnliche Produkte zur Schmerzlinderung und Symptomkontrolle, wenn Sie zu Hause sind. ▪ 5 % des von Medicare genehmigten Betrags für stationäre Kurzzeitpflege ▪ Medicare übernimmt Unterkunfts- und Verpflegungskosten nicht, wenn Sie Ihre Hospizpflege in Ihrem Haus oder einer anderen Einrichtung, in der Sie leben (z. B. einem Pflegeheim), erhalten.

HINWEIS: Original Medicare wird für Ihre Hospizversorgung in Rechnung gestellt, auch wenn Sie an einem Medicare Advantage Plan teilnehmen. Wenn Sie ein Hospiz in Anspruch nehmen, kann Ihr Medicare Advantage Plan auch Leistungen abdecken, die nicht Teil Ihrer unheilbaren Krankheit sind oder damit in Zusammenhang stehen. Wenn Sie mehr über Hospizpflege erfahren und von Medicare zugelassene Anbieter finden möchten, wenden Sie sich an Ihre Versicherung oder besuchen Sie [Medicare.gov/care-compare](https://www.medicare.gov/care-compare).

Medicare Teil B (Krankenversicherung) Kosten

Monatliche Prämie: Der Standard-Prämienbetrag für Teil B im Jahr 2025 beträgt **\$185** (oder mehr, je nach Einkommen). Sie zahlen die Prämie jeden Monat, auch wenn Sie keine Leistungen in Anspruch nehmen, die durch Teil B abgedeckt sind. Die meisten Menschen zahlen den Standard-Prämienbetrag für Teil B. Wenn Ihr modifiziertes bereinigtes Bruttoeinkommen, wie es in der Steuererklärung des Staatlichen Steuerbehörde (IRS) von vor zwei Jahren angegeben wurde, über einem bestimmten Betrag liegt, können Sie einen einkommensbezogenen monatlichen Anpassungsbetrag (IRMAA) zahlen, wie auf Seite 4 gezeigt.

Verspätungszuschlag: Wenn Sie sich nicht für Teil B anmelden, sobald Sie anspruchsberechtigt sind, müssen Sie in den meisten Fällen ein Verspätungszuschlag zahlen, solange Sie Teil B haben. Sie zahlen einen Aufschlag von 10 % für jedes Jahr, in dem Sie sich für Teil B hätten anmelden können, dies aber nicht getan haben. Je nach Einkommen kann auch ein höherer Beitrag fällig werden. Sie müssen möglicherweise bis zur allgemeinen Anmeldefrist (vom 1. Januar bis 31. März) warten, um sich für Teil B anzumelden. Der Versicherungsschutz beginnt im Monat nach Ihrer Anmeldung.

Kosten für Teil B, wenn Sie Original-Medicare haben

Kosten	Sie zahlen
Teil B Selbstbehalt	\$257, bevor Original-Medicare anfängt zu zahlen. Sie zahlen diesen Selbstbehalt einmal pro Jahr.
Generelle Kosten für Leistungen (Coversicherung)	Normalerweise 20 % der Kosten für jede von Medicare abgedeckte Dienstleistung oder jeden Artikel, nachdem Sie Ihre Selbstbeteiligung erfüllt haben (und solange Ihr Arzt oder Gesundheitsdienstleister den von Medicare genehmigten Betrag als vollständige Zahlung akzeptiert – dies wird als „Übernahme der Abtretung“ bezeichnet). Wenn Ihr Arzt, Anbieter oder Dienstleister die Übernahme akzeptiert: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sind Ihre Zuzahlungen möglicherweise geringer. ▪ Sie erklären sich damit einverstanden, Ihnen nur den Selbstbehalt und die Zuzahlung von Medicare in Rechnung zu stellen, und warten in der Regel, bis Medicare seinen Anteil bezahlt hat, bevor sie Sie um die Zahlung Ihres Anteils bitten. ▪ Sie müssen Ihren Antrag direkt bei Medicare einreichen und dürfen Ihnen keine Gebühren für die Einreichung des Antrags berechnen.
Klinische Labordienstleistungen	\$0 für abgedeckte klinische Labordienstleistungen
Häusliche Krankenpflege	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$0 für abgedeckte häusliche Krankenpflegedienste. ▪ 20 % des von Medicare genehmigten Betrags für Hilfsmittel (wie Rollstühle, Gehhilfen, Krankenhausbetten und andere Geräte).
Stationäre Krankenhauspflege	20 % des von Medicare genehmigten Betrags für die meisten ärztlichen Leistungen, während Sie stationär im Krankenhaus sind.
Ambulante psychiatrische Krankenpflege	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$0 für Ihre jährliche Vorsorgeuntersuchung auf Depressionen. ▪ 20 % des von Medicare genehmigten Betrags für Besuche bei Ihrem Arzt oder anderen Leistungserbringern des Gesundheitswesens zur Diagnose oder Behandlung Ihrer Erkrankung. ▪ Wenn Sie Ihre Leistungen in einer Krankenhausambulanz oder einer Ambulanzabteilung eines Krankenhauses erhalten, müssen Sie möglicherweise eine zusätzliche Zuzahlung oder einen Mitversicherungsbeitrag an das Krankenhaus zahlen.
Teilweise Einweisung in ein Krankenhaus für psychosoziale Krankenpflege	Nachdem Sie den Selbstbehalt von Teil B erfüllt haben: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 20 % des von Medicare genehmigten Betrags für jede Leistung, die Sie von einem Arzt oder einem anderen qualifizierten psychologischen Fachpersonal erhalten. ▪ Mitversicherung für jeden Tag einer teilweisen Hospitalisierung, die Sie in einer ambulanten Einrichtung eines Krankenhauses oder in einem kommunalen psychiatrischen Zentrum erhalten.
Ambulante Krankenhauspflege	<ul style="list-style-type: none"> ▪ In der Regel 20 % des von Medicare genehmigten Betrags für die Leistungen von Ärzten und anderen Gesundheitsdienstleistern. ▪ Für jede Leistung, die Sie im Krankenhaus ambulant in Anspruch nehmen, zahlen Sie außerdem eine Zuzahlung an das Krankenhaus (mit Ausnahme bestimmter präventiver Leistungen). In den meisten Fällen ist Ihre Zuzahlung nicht höher als der Selbstbehalt bei Krankenhausaufenthalten nach Teil A für jede Leistung.

HINWEIS: Alle Medicare Advantage-Pläne müssen diese Leistungen abdecken. Wenn Sie einen Medicare Advantage-Plan haben, sind die Kosten je nach Plan unterschiedlich und können entweder höher oder niedriger liegen als die Kosten von Original-Medicare. Prüfen Sie den „Nachweis der Kostenübernahme“ [Evidence of Coverage] Ihres Plans.

Die folgende Tabelle zeigt die einkommensabhängigen monatlichen Anpassungsbeträge für Teil B (IRMAA). IRMAA ist eine zusätzliche Gebühr, die Ihrer Prämie hinzugefügt wird. Die Gesamtprämien für Teil B für das Jahr 2025 sind unten aufgeführt.

Bei folgendem Steuerveranlagungsstatus und Jahreseinkommen im Jahr 2023 ...

Individuelle Steuererklärung	Gemeinsame Steuererklärung	Verheiratet und getrennt lebende Steuererklärung	Sie Zahlen jeden Monat (in 2025)
\$106,000 oder weniger	\$212,000 oder weniger	\$106,000 oder weniger	\$185.00
Über \$106,000 und bis zu \$133,000	Über \$212,000 und bis zu \$266,000	Nicht zutreffend	\$259.00
Über \$133,000 und bis zu \$167,000	Über \$266,000 und bis zu \$334,000	Nicht zutreffend	\$370.00
Über \$167,000 und bis zu \$200,000	Über \$334,000 und bis zu \$400,000	Nicht zutreffend	\$480.90
Über \$200,000 und unter \$500,000	Über \$400,000 und inter \$750,000	Über \$106,000 und unter \$394,000	\$591.90
\$500,000 oder mehr	\$750,000 oder mehr	\$394,000 oder mehr	\$628.90

Teil D (Medicare-Versicherungsschutz für Medikamente)

Selbstbehalte, Zuzahlungen und Mitversicherungen: Der Betrag, den Sie für Selbstbehalte, Zuzahlungen oder Mitversicherungen in Teil D zahlen, variiert je nach Plan. Informationen zu spezifischen Kosten für die Medicare-Deckung für Arzneimittel finden Sie (auf Englisch) unter [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare).

Teil D Grundbeitrag für Begünstigte - \$36.78 (wird benutzt, um alle Verspätungszuschläge für verspätete Anmeldung zu bestimmen).

Teil D Verspätungszuschläge für verspätete Anmeldung - Sie können Verspätungszuschläge für verspätete Einschreibung zahlen, wenn Sie zu irgendeinem Zeitpunkt nach Ablauf Ihrer Erstanmeldungsfrist anmelden und es einen Zeitraum von 63 oder mehr aufeinanderfolgenden Tagen gibt, an denen Sie keine Medicare-Deckung für Arzneimittel oder eine andere anrechenbare Abdeckung für verschreibungspflichtige Arzneimittel haben. Im Allgemeinen müssen Sie diesen Zuschlag zahlen, solange Sie Medicare-Deckung für Arzneimittel haben. Die Höhe der Verspätungszuschläge hängt davon ab, wie lange Sie weder Teil D noch Deckung für anrechenbare, verschreibungspflichtige Medikamente in Anspruch genommen haben.

Derzeit wird der Verspätungszuschlag berechnet, indem 1 % des „nationalen Grundbeitrags für Begünstigte“ (\$36.78 im Jahr 2025) mit der Anzahl der vollen, nicht abgedeckten Monate multipliziert wird, in denen Sie anspruchsberechtigt waren, aber keine Medicare-Deckung für Arzneimittel (Teil D) hatten und ohne andere anrechenbare Abdeckung für verschreibungspflichtige Arzneimittel waren. Dieser finale Betrag wird auf die nächsten \$.10 gerundet und zur monatlichen Prämie hinzuaddiert.

Die folgende Tabelle zeigt die einkommensabhängigen monatlichen Anpassungsbeträge (Income Related Monthly Adjustment Amounts – IRMAA) gemäß Teil D. Die IRMMA ist ein zusätzlicher Betrag, den Sie möglicherweise für Ihren Medicare-Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente zahlen müssen. Der Betrag hängt von Ihrem Einkommen ab, das Sie in Ihrer IRS-Steuererklärung angeben. Wenn Ihr Einkommen über einem bestimmten Grenzwert liegt, zahlen Sie zusätzlich zu Ihrer Versicherungsprämie IRMAA.

Wenn Ihr Steuerstatus und Ihr Jahreseinkommen im Jahr 2023 wie folgt war

Individuelle Steuererklärung	Gemeinsame Steuererklärung	Verheiratet und getrennt lebend	Zahlen Sie jeden Monat (in 2024)
\$106,000 oder weniger	\$212,000 oder weniger	\$106,000 oder weniger	Ihre Planprämie
Über \$106,000 und bis zu \$133,000	Über \$212,000 und bis zu \$266,000	Nicht zutreffend	\$13.70 + Ihre Planprämie
Über \$133,000 und bis zu \$167,000	Über \$266,000 und bis zu \$334,000	Nicht zutreffend	\$35.30 + Ihre Planprämie
Über \$167,000 und bis zu \$200,000	Über \$334,000 und bis zu \$400,000	Nicht zutreffend	\$57.00 + Ihre Planprämie
Über \$200,000 und unter \$500,000	Über \$400,000 und unter \$750,000	Über \$106,000 und unter \$394,000	\$78.60 + Ihre Planprämie
\$500,000 oder mehr	\$750,000 oder mehr	\$394,000 oder mehr	\$85.80 + Ihre Planprämie