

Medicare-Deckung für Diabetesbedarfsmaterialien, Dienstleistungen & Präventionsprogramme

CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES

**Diese offizielle
Regierungsleitpfaden enthält
wichtige Informationen dazu:**

- Was gedeckt wird
- Wege, gesund zu bleiben
- Wo Sie mehr Informationen erhalten



Die Informationen in dieser Broschüre beschreiben das Medicare-Programm zu der Zeit, zu der die Broschüre gedruckt wurde. Veränderungen können nach dem Druck auftreten. Besuchen Sie Medicare.gov oder rufen Sie 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) an, um die aktuellsten Informationen zu erhalten. Benutzer von Texttelefonen können die Nummer 1-877-486-2048 anrufen.

„Medicare-Deckung von Diabetesbedarfsmaterialien, -dienstleistungen & Präventionsprogrammen“ ist kein juristisches Dokument. Offizielle rechtliche Leitlinien des Medicare-Programms sind in den relevanten Statuten, Regeln und Beschlüssen.

Inhaltsverzeichnis

Einführung	4
Abschnitt 1: Medicare-Deckung für Diabetes auf einen Blick	5
Abschnitt 2: Von Medicare Teil B gedeckter Diabetesbedarfsmaterialien.	9
Blutzucker-Selbsttestausrüstung & -bedarfsmaterialien	10
Insulinpumpen	13
Therapeutische Schuhe oder Einlagen	13
Ersatz für verloren gegangene(n) oder beschädigte(n) langlebige(n) medizinische(n) Ausrüstung oder Bedarfsmaterialien im Falle eines Unglücks oder Notfalls	14
Abschnitt 3: Medicare-Deckung für Verschreibungspflichtige Medikamente für Diabetes	15
Insulin	16
Antidiabetika	16
Diabetesbedarfsmaterialien	17
Abschnitt 4: Medicare-Deckung für Diabetes-Screenings & -Dienstleistungen	19
Screening für Diabetes	20
Medicare Diabetes-Präventionsprogramm	20
Schulung für Diabetes-Selbstmanagement	21
Medizinische Ernährungstherapiedienstleistungen	24
Hämoglobin A1C-Tests	25
Glaukom-Tests	25
Gripeschutz- und Pneumokokkenimpfungen	26
Vorbeugender Besuch "Willkommen bei Medicare" („Welcome to Medicare“)	26
Jährlicher „Wellness“-Besuch	26
Bedarfsmaterialien & Dienstleistungen, die nicht von Medicare gedeckt werden	26
Abschnitt 5: Hilfreiche Tipps & Quellen	27
Telefonnummern & Webseiten	28



Einführung

Diese Broschüre erklärt Medicare-Deckung von Diabetisbedarfsmaterialien und -Dienstleistungen im ursprünglichen Medicare (Original Medicare) und mit Medicare-Deckung für verschreibungspflichtige Medikamente (Teil D).

Medicare ist eine staatliche Krankenversicherung für Menschen, die 65 Jahre oder älter sind, sowie für bestimmte Menschen mit Behinderungen unter 65 Jahren und für Menschen mit terminaler Niereninsuffizienz (dauerhafte Niereninsuffizienz, die eine Dialyse oder eine Transplantation erfordert, auch ESRD genannt).

Original Medicare beinhaltet Teil A (Krankenhausversicherung) und Teil B (Krankenversicherung). Sie können einem separaten Medicare-Medikamentenplan beitreten, um Medicare-Medikamentendeckung zu erhalten (Teil D). Medicare deckt die meisten - wenn auch nicht alle - Kosten für zugelassene Gesundheitsdienstleistungen und -produkte.

Medicare Advantage (auch als Teil C bezeichnet) ist ein von Medicare genehmigter Tarif privater Unternehmen, der eine Alternative zu Original Medicare in Bezug auf Gesundheits- und Arzneimittelversorgung bietet. Diese "gebündelten" Tarife umfassen Teil A, Teil B und in der Regel auch die Medicare-Arzneimittelversorgung (Teil D).

Es kann hilfreich sein, diese Begriffe zu verstehen, wenn Sie diese Broschüre lesen.

Mitversicherung [Coinsurance]: Dies ist ein Betrag, den Sie möglicherweise als Ihren Anteil der Kosten für Dienstleistungen bezahlen müssen, nachdem Sie jeglichen Selbstbehalt bezahlt haben. Die Mitversicherung ist ein prozentualer Betrag (z. B. 20%).

Zuzahlung [Copayment]: Ein Betrag, den Sie möglicherweise als Ihren Anteil der Kosten für eine medizinische Dienstleistung oder medizinischen Bedarf bezahlen müssen, wie z. B. einen Arztbesuch, einen ambulanten Krankenhausbesuch oder verschreibungspflichtige Medikamente. Ein Zuzahlung ist für gewöhnlich ein festgelegter Betrag anstatt eines Prozentsatzes. Z. B. könnten Sie \$10 oder \$20 für einen Arztbesuch oder Verschreibung bezahlen.

Selbstbehalt [Deductible]: Der Betrag, den Sie für medizinische Leistungen oder Rezepte bezahlen müssen, bevor Original Medicare, Ihr Medicare Advantage Plan, Ihr Medicare-Medikamentenplan oder Ihre andere Versicherung zu zahlen beginnt.

Langlebige medizinische Ausrüstung [Durable medical equipment]: Bestimmte Medizinische Ausrüstung, wie z. B. eine Gehilfe, ein Rollstuhl, ein Krankenhausbett, welche(r) von Ihrem Arzt für die Benutzung zu Hause verordnet wird.

Der von Medicare bewilligte Betrag [Medicare-approved amount]: Für das Original Medicare ist dies der Betrag, der einem Arzt oder Anbieter bezahlt werden kann, welcher Zuweisung akzeptiert. **Zuweisung [Assignment]** ist das Einverständnis Ihres Arztes, Gesundheitsdienstleisters oder Lieferanten, direkt von Medicare bezahlt zu werden, den von Medicare bewilligten Betrag zur Bezahlung der Dienstleistung zu akzeptieren und Ihnen nicht mehr als den Medicare-Selbstbehalt und die Medicare-Mitversicherung in Rechnung zu stellen. Dieser könnte geringer als der eigentliche Betrag sein, der vom Arzt oder Anbieter berechnet wird. Medicare bezahlt einen Teil dieses Betrags und Sie sind verantwortlich für den Rest.

1 Medicare-Deckung für Diabetes auf einen Blick

Die Graphik auf Seiten 6-8 ist ein kurzer Überblick über einige der Diabetes-Dienstleistungen und Bedarfsmaterialien, die von Medicare Teil B (Krankenversicherung) und Medicare-Versicherungsschutz für Verschreibungspflichtige Medikamente (Teil D) gedeckt werden.

Im Allgemeinen deckt Medicare Teil B die Dienstleistungen, die Personen betreffen könnten, die Diabetes haben. Teil B deckt auch einige Dienstleistungen für Personen, die ein Risiko von Diabetes haben. Sie müssen Teil B haben, um dadurch gedeckte Dienstleistung und Bedarfsmaterialien zu erhalten.

Teil D deckt die Kosten für den Diabetesbedarf ab, der zur Abgabe von Insulindosen verwendet wird. Um die von Teil D abgedeckten Hilfsmittel zu erhalten, müssen Sie der Medicare-Medikamentenversicherung beitreten.

Bedarfsmaterial/ Dienstleistung	Was gedeckt wird	Was Sie bezahlen
Antidiabetika siehe Seite 16	Teil D deckt Antidiabetika zur Aufrechterhaltung des Blutzuckers (Glukose).	Mitversicherung oder Zuzahlung Teil D-Selbstbehalt könnte auch anwendbar sein
Screening für Diabetes siehe Seite 20	Teil B deckt diese Screenings, wenn Ihr Arzt feststellt, dass Sie ein Risiko für Diabetes haben. Sie könnten zu bis zu 2 Screeningtests pro Jahr berechtigt sein.	Kein(e) Mitversicherung, Zuzahlung oder Teil B-Selbstbehalt.
Medicare Diabetes Präventionsprogramm Siehe Seiten 20-21	Teil B deckt einmal im Leben ein Programm zur Änderung des Gesundheitsverhalten, um Sie bei der Prävention von Diabetes zu unterstützen.	Keine Kosten für diese Dienstleistungen, falls Sie anspruchsberechtigt sind.
Schulung für Diabetes-Selbstmanagement siehe Seiten 21-24	Teil B deckt Dienstleistungen für Schulung für Diabetes-Selbstmanagement Schulungsdienstleistungen für Personen, die kürzlich mit Diabetes diagnostiziert wurden oder ein Risiko für Komplikationen durch Diabetes haben. Damit Medicare diese Dienstleistungen bezahlt, muss Ihr Arzt oder anderer Gesundheitsdienstleister diese anfordern und sie müssen von einer/einem dafür zugelassenen Person oder Programm bereitgestellt werden.	20 % des von Medicare bewilligten Betrags nach dem jährlichen Teil B-Selbstbehalt
Diabetesausrüstung & -Bedarfsmaterialien siehe Seite 10-13	Teil B deckt Blutzuckermessgeräte (Blutglukosemessgeräte) zur Benutzung zu Hause und Bedarfsmaterialien, die Sie mit dieser Ausrüstung benutzen, einschließlich Blutzuckerteststreifen, Lanzettiergeräten und Lanzetten. Es könnte Beschränkungen dazu geben, wie viel und wie oft Sie diese Bedarfsmaterialien beziehen. Teil B deckt außerdem die Kosten für Insulinpumpen ab, die als langlebige medizinische Geräte eingestuft werden.	20 % des von Medicare bewilligten Betrags nach dem jährlichen Teil B-Selbstbehalt Wenn Sie seit dem 1. Juli 2023 Insulin über eine herkömmliche Pumpe verabreichen, die im Rahmen der Medicare-Leistungen für langlebige medizinische Geräte versichert ist, müssen Sie für einen Monatsvorrat an Insulin nicht mehr als \$35 bezahlen. Der Eigenanteil von Teil B entfällt.
Diabetesbedarfsmaterialien siehe Seite 17	Teil D deckt auch die Kosten für bestimmte medizinische Hilfsmittel zur Verabreichung von Insulin ab (z. B. Spritzen, Nadeln, Alkoholtupfer, Gaze und Insulinpumpengeräte, die nicht unter die Leistung für langlebige medizinische Geräte in Teil B fallen).	Mitversicherung oder Zuzahlung Teil D-Selbstbehalt könnte auch anwendbar sein

Bedarfsmaterial/ Dienstleistung	Was gedeckt wird	Was Sie bezahlen
Gripeschutz- & Pneumokokkenimpfungen siehe Seite 26	<p>Gripeschutzimpfung - Um der Grippe oder dem Grippevirus vorzubeugen. Teil B deckt diese Gripeschutzimpfung einmal pro Grippezeit im Herbst oder Winter, um bei der Vermeidung von Grippe oder des Grippevirus zu helfen.</p> <p>Pneumokokkenimpfung - Teil B deckt diese Impfung, um Pneumokokkeninfektionen (wie z. B. bestimmten Arten von Pneumonie) vorzubeugen.</p>	Kein(e) Mitversicherung, Zuzahlung oder Teil B-Selbstbehalt, wenn Ihr Arzt oder Gesundheitsdienstleister Zuweisung akzeptiert.
Fußuntersuchungen & -behandlung siehe Seite 25	Teil B deckt eine Fußuntersuchung alle 6 Monate, falls Sie an diabetische peripherer Neuropathie und Verlust der Schutzempfindung leiden, so lange Sie in der Zeit zwischen den Besuchen keinen Fußpflegefachmann aus einem anderen Grund aufgesucht haben.	20 % des von Medicare bewilligten Betrags nach dem jährlichen Teil B-Selbstbehalt
Glaukom-Tests siehe Seite 25	Teil B deckt diese einmal alle 12 Monate, wenn Sie ein hohes Risiko für Glaukome haben. Ein vom Bundesstaat gesetzliche zugelassener Arzt muss den Test vornehmen.	20 % des von Medicare bewilligten Betrags nach dem jährlichen Teil B-Selbstbehalt
Insulin siehe Seite 16	Teil D deckt Insulin, welches nicht mit einer Insulinpumpe verabreicht wird.	Die Kosten für einen Monatsvorrat an Insulin, das von Teil D abgedeckt wird, sind auf \$35 gedeckelt. Sie müssen keinen Eigenanteil zahlen.

Bedarfsmaterial/ Dienstleistung	Was gedeckt wird	Was Sie bezahlen
Insulinpumpen siehe Seite 13	Teil B deckt externe Insulinpumpen und das Insulin, die die Pumpe benutzt als langlebige medizinische Ausrüstung, falls Sie bestimmte Bedingungen erfüllen.	20 % des von Medicare bewilligten Betrags nach dem jährlichen Teil B-Selbstbehalt. Wenn Sie seit dem 1. Juli 2023 Insulin über eine herkömmliche Pumpe verabreichen, die im Rahmen der Medicare-Leistungen für langlebige medizinische Geräte versichert ist, müssen Sie für einen Monatsvorrat an Insulin nicht mehr als \$35 bezahlen. Der Eigenanteil von Teil B entfällt.
Medizinische Ernährungstherapiedienstleistungen (Medical nutrition therapy services) siehe Seite 24-25	Teil B könnte medizinische Ernährungstherapiedienstleistungen und bestimmte Dienstleistungen decken, wenn Sie Diabetes oder eine Nierenerkrankung haben. Ihr Arzt oder anderer Gesundheitsdienstleister muss Sie für Ernährungstherapiedienstleistungen überweisen.	Kein(e) Zuzahlung, Mitversicherung oder Teil B-Selbstbehalt, wenn Ihr Arzt oder Gesundheitsdienstleister Zuweisung akzeptiert.
Therapeutische Schuhe oder Einlagen siehe Seite 13-14	Teil B deckt therapeutische Schuhe oder Einlagen, wenn Sie Diabetes und schweres Diabetisches Fußsyndrom haben.	20 % des von Medicare bewilligten Betrags nach dem jährlichen Teil B-Selbstbehalt
Vorbeugender Besuch „Willkommen bei Medicare“ („Welcome to Medicare“) siehe Seite 26	Medicare deckt während der ersten 12 Monate, die Sie Teil B haben, eine einmalige Überprüfung Ihrer Gesundheit und die Schulung und Beratung zu vorbeugenden Dienstleistungen ab, einschließlich bestimmter Screenings, Impfungen und Überweisungen für andere Gesundheitsdienstleistungen, falls diese nötig sind.	Kein(e) Zuzahlung, Mitversicherung oder Teil B-Selbstbehalt, wenn Ihr Arzt oder Gesundheitsdienstleister Zuweisung akzeptiert.
Jährlicher „Wellness“-Besuch siehe Seite 26	Wenn Sie Teil B für länger als 12 Monate hatten, sind Sie zu einem jährlichen Wellness-Arztbesuch berechtigt, um Ihren personalisierten Präventionsplan, basierend auf Ihren gegenwärtigen Gesundheits- und Risikofaktoren, zu entwickeln oder zu aktualisieren.	Kein(e) Zuzahlung, Mitversicherung oder Teil B Selbstbehalt, wenn Ihr Arzt oder Gesundheitsdienstleister Zuweisung akzeptiert. Falls Sie einen „Willkommen bei Medicare“ (“Welcome to Medicare”)-Besuch hatten, werden Sie 12 Monate warten müssen, bevor sie Ihren ersten jährlichen „Wellness“-Besuch machen können.

2 Von Medicare Teil B gedeckter Diabetesbedarfsmaterialien

Dieser Abschnitt bietet Informationen über Teil B (Krankenversicherung) und deren Deckung für Diabetesbedarfsmaterialien. Medicare deckt bestimmte Bedarfsmaterialien, wenn Sie Diabetes und Teil B haben, einschließlich:

- **Blutzucker-Selbsttestausrüstung & -bedarfsmaterialien.** Siehe Seiten 10–12.
- **Insulinpumpen.** Siehe Seite 13.
- **Therapeutische Schuhe oder Einlagen.** Siehe Seiten 13–14.

Blutzucker-Selbsttestausrüstung & -bedarfsmaterialien

Teil B deckt Geräte zur Blutzuckerselbstkontrolle (auch Glukose genannt) und Zubehör als langlebige medizinische Geräte ab.

Selbsttestbedarfsmaterialien umfassen:

- **Blutzuckermessgeräte**
- **Blutzuckerteststreifen**
- **Lanzettiergeräte und Lanzetten**
- **Blutzucker-Kontrolllösungen** zur Überprüfung der Genauigkeit der Testausrüstung und Teststreifen

Dennoch variiert die Menge an Bedarfsmaterialien, die Teil B deckt.

- Wenn Sie Insulin benutzen, könnten Sie aller 3 Monate bis zu 300 Teststreifen und 300 Lanzetten beziehen.
- Wenn Sie Insulin nicht benutzen, könnten Sie aller 3 Monate bis zu 100 Teststreifen und 100 Lanzetten beziehen.

Wenn Ihr Arzt dies für medizinisch geboten hält und Sie sonstige Kriterien erfüllen, **wird Medicare Ihnen zusätzliche Teststreifen und Lanzetten gewähren**. Sie können Aufzeichnungen machen müssen, die zeigen, wie oft Sie sich eigentlich testen.

Medicare übernimmt unter Umständen die Kosten für ein kontinuierliches Blutzuckermessgerät (Empfänger) und die dazugehörigen Verbrauchsmaterialien (Sensoren und Sender), wenn Ihr Arzt bestätigt, dass Sie alle Voraussetzungen für die Medicare-Versorgung erfüllen.

Zu den Voraussetzungen zählen unter anderem:

- regelmäßige Blutzuckermessungen (4 oder mehr Mal pro Tag) und
- entweder die Nutzung einer Insulinpumpe oder 3 oder mehr Insulininjektionen pro Tag.

Sie müssen ebenfalls routinemäßige, persönliche Besuche bei Ihrem Arzt machen.

Falls Sie Fragen bezüglich Diabetesbedarfsmaterialien haben, besuchen Sie [Medicare.gov/coverage](https://www.medicare.gov/coverage). Sie können auch 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) anrufen. Benutzer von Texttelefonen können die Nummer 1-877-486-2048 anrufen.

Blutzucker-Selbsttestausrüstung & -bedarfsmaterialien (fortgesetzt)

Was benötige ich von meinem Arzt, um diese gedeckten Bedarfsmaterialien zu beziehen?

Medicare wird Ihre Blutzucker-Selbsttestausrüstung & -bedarfsmaterialien nur decken, wenn Sie eine Verschreibung von Ihrem Arzt haben. Die Verschreibung sollte das Folgenden umfassen:

- Ob Sie Diabetes haben.
- Welche Art von Blutzuckermessgerät Sie benötigen und warum Sie es benötigen. (Wenn Sie wegen Sehproblemen ein spezielles Messgerät benötigen, muss Ihr Arzt dies erklären.)
- Ob Sie Insulin benutzen.
- Wie oft Sie Ihren Blutzucker testen sollten.
- Wie viele Teststreifen und Lanzetten Sie für einen Monat benötigen.

Denken Sie an das Folgende:

- Sie müssen um Wiederholungsrezepte für Ihre Bedarfsmaterialien bitten.
- Sie benötigen aller 12 Monate eine neue Verschreibung für Lanzetten und Teststreifen von Ihrem Arzt.

Woher kann ich diese Bedarfsmaterialien beziehen?

- Sie können Ihre Bedarfsmaterialien bei Ihrer Apotheke bestellen und abholen.
- Sie können Ihre Bedarfsmaterialien von einem Anbieter medizinischer Ausrüstung bestellen. Im Allgemeinen ist ein „Anbieter“ ein Unternehmen, eine Person oder eine Agentur, die Ihnen einen Artikel oder eine Dienstleistung bereitstellt, es sei denn, Sie sind stationär in einem Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung mit geschultem Personal untergebracht. Wenn Sie Ihre Bedarfsmaterialien auf diese Art beziehen, müssen Sie die Bestellung selbst aufgeben. Sie werden eine Verschreibung von Ihrem Arzt benötigen, um Ihre Bestellung aufzugeben, aber Ihr Arzt kann die Bedarfsmaterialien nicht für Sie bestellen.

Welchen Anbieter oder welche Apotheke sollte ich benutzen?

Sie müssen Bedarfsmaterialien von einer Apotheke oder einem Anbieter beziehen, welche(r) bei Medicare teilnimmt. Wenn Sie zu einer Apotheke oder einen Anbieter gehen, die/der bei Medicare nicht teilnimmt, wird Medicare nicht bezahlen. **Sie werden die gesamte Rechnung für jegliche Bedarfsmaterialien von nicht teilnehmende Apotheken oder nicht teilnehmende Anbietern selbst bezahlen müssen.**

Bevor Sie Bedarfsmaterialien beziehen, ist es wichtig, dass Sie den Anbieter oder die Apotheke diese Fragen stellen:

- Nehmen Sie bei Medicare teil?
- Akzeptieren Sie Zuweisung?

Wenn die Antwort auf eine der 2 Fragen „nein“ ist, sollten Sie einen anderen Anbieter oder eine andere Apotheke in Ihrer Gegend anrufen, die mit „ja“ antwortet, um sicherzustellen, dass Medicare Ihren Kauf deckt und Ihnen Geld spart.

Blutzucker-Selbsttestausrüstung & -bedarfsmaterialien (fortgesetzt)

Um in Ihrer Gegend einen Anbieter zu finden, der an Medicare teilnimmt, besuchen Sie [Medicare.gov/medicalequipment-suppliers](https://www.medicare.gov/medicalequipment-suppliers). Oder rufen Sie 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) an. Benutzer von Texttelefonen können die Nummer 1-877-486-2048 anrufen.

Hinweis: Medicare bezahlt nicht für jegliche Bedarfsmaterialien, um die Sie nicht gebeten haben oder für jegliche Bedarfsmaterialien, die Ihnen automatisch von Anbietern zugeschickt wurden, einschließlich Blutzuckermessgeräten, Teststreifen und Lanzetten. Wenn Sie Bedarfsmaterialien automatisch zugeschickt bekommen, irreführende Werbung erhalten oder Betrug in Bezug auf Ihre Diabetesbedarfsmaterialien vermuten, rufen Sie 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) an.

Wer ist verantwortlich für die Einreichung der Ansprüche?

Alle an Medicare teilnehmenden Apotheken und Anbieter müssen Anträge auf Blutzuckermessgeräte, Teststreifen und sonstige Artikel, die gemäß der „langlebige medizinische Ausrüstung-Leistungen“ gedeckt sind, einreichen. Sie können keinen Anspruch für ein Blutzuckermessgerät oder Teststreifen selbst einreichen.

Was muss ich bezahlen?

Sie zahlen nicht mehr als Ihren Versicherungsbetrag, wenn Sie Ihre Bedarfsmaterialien von einer Apotheke oder einem Anbieter erhalten, welche(r) den Auftrag übernimmt. Wenn Ihre Apotheke oder Ihr Anbieter Zuweisung **nicht** akzeptiert, könnten die Kosten höher sein und Sie könnten mehr bezahlen müssen. Sie könnten auch die gesamten Kosten zur Zeit der Dienstleistung bezahlen und dann darauf warten müssen, dass Medicare Ihnen ihren Anteil der Kosten schickt.

Insulinpumpen

Seit dem 1. Juli 2023 dürfen die Kosten für einen Monatsvorrat an Insulin aus Teil B für Ihre DME-Pumpe (durable medical equipment) nicht mehr als \$35 betragen, und der Eigenanteil aus Teil B entfällt.

Wenn Sie über eine Zusatzversicherung für Medicare (Medigap) verfügen, die Ihre Selbstbeteiligung in Teil B übernimmt, sollte diese Versicherung die Kosten für Insulin in Höhe von \$35 (oder weniger) abdecken. Erkundigen Sie sich bei Ihrer Versicherung, ob sie Ihre Zuzahlung für Teil B übernimmt.

Sollten Sie eine Insulinpumpe außerhalb des Körpers (extern) tragen, die kein Einwegprodukt ist, kann Teil B die Kosten für das mit der Pumpe verwendete Insulin übernehmen und die Pumpe selbst als Verbrauchsmaterial abdecken. In einigen Regionen des Landes müssen Sie möglicherweise auf spezifische Insulinpumpenanbieter zurückgreifen, damit Medicare die Kosten für eine langlebige Insulinpumpe übernimmt.

Wie erhalten ich eine Insulinpumpe?

Wenn Sie eine Insulinpumpe benötigen, wird Ihr Arzt sie Ihnen verschreiben.

Hinweis: Bei Original Medicare zahlen Sie 100% der Kosten für insulinbezogene Verbrauchsmaterialien (wie Spritzen, Nadeln, Alkoholtupfer und Gaze), es sei denn, Sie verfügen über Teil D. Für Pumpen, Schläuche und andere Verbrauchsmaterialien zahlen Sie 20% des von Medicare genehmigten Betrags nach dem jährlichen Anteil der Selbstbeteiligung in Teil B.

Therapeutische Schuhe oder Einlagen

Wenn Sie Teil B haben, an Diabetes leiden und bestimmte Bedingungen erfüllen (siehe Seite 14), wird Medicare therapeutische Schuhe decken, falls Sie sie brauchen.

Die Arten von Schuhen, die Teil B jedes Jahr deckt, umfassen **eines** der Folgenden:

- Ein Paar Schuhe mit tiefem Fußbett und 3 Paar Einlagen
- Ein Paar kundenspezifisch geformte Schuhe (inklusive Einlagen), falls Sie wegen einer Fußdeformität keine Schuhe mit tiefem Fußbett tragen können und 2 zusätzliche Paar Einlagen

Hinweis: In bestimmten Fällen könnte Medicare auch gesonderte Einlagen- oder Schuhmodifikationen anstelle von Einlagen decken.

Therapeutische Schuhe oder Einlagen (fortgesetzt)

Wie erhalten ich therapeutische Schuhe?

Damit Medicare für Ihre therapeutischen Schuhe bezahlt, muss der Arzt, der Ihre Diabetes behandelt bestätigen, dass Sie diese 3 Bedingungen erfüllen:

1. Sie haben Diabetes.
2. Sie haben wenigstens eines dieser Leiden an einem oder beiden Füßen:
 - Teilweise oder vollständige Fußamputation
 - Fußulcera in der Vergangenheit
 - Schwielen, die zu Fußulcera führen können
 - Nervenschäden wegen Diabetes mit Zeichen von Problemen mit Schwielen
 - Schlechter Blutzirkulation
 - Einen deformierten Fuß
3. Dass Sie entsprechend eines umfassenden Diabetesbehandlungsplans behandelt werden und wegen Diabetes therapeutische Schuhe und/oder Einlagen benötigen.

Medicare erfordert ebenfalls:

- Dass ein Podologe oder qualifizierter Arzt die Schuhe verschreibt
- Dass ein Arzt oder eine andere qualifizierte Person, wie z. B. ein orthopädischer Schuhmacher, Bandagist oder Prothetiker die Schuhe anpasst und bereitstellt

Ersatz für verloren gegangene(n) oder beschädigte(n) langlebige(n) medizinische(n) Ausrüstung oder Bedarfsmaterialien im Falle eines Unglücks oder Notfalls

Wenn das Original Medicare schon für langlebige medizinische Ausrüstung (wie eine herkömmliche Insulinpumpe) oder Bedarfsmaterialien (wie z. B. Diabetesbedarfsmaterialien) bezahlt hat und diese durch einen Notfall oder ein Unglück beschädigt werden oder verloren gehen:

- In bestimmten Fällen wird Medicare die Kosten für Reparatur oder Ersatz Ihrer Ausrüstung oder Ihrer Bedarfsmaterialien decken
- Im Allgemeinen wird Medicare auch die Kosten von gemieteten Artikeln (wie z. B. Rollstühlen) decken, während der Zeit, in der Ihre Ausrüstung repariert wird.

Informationen darüber, wie Sie Ihre Geräte oder Hilfsmittel ersetzen können, finden Sie auf [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) oder rufen Sie 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) an. Benutzer von Texttelefonen können die Nummer 1-877-486-2048 anrufen.

ABSCHNITT

3 Medicare-Deckung für Verschreibungspflichtige Medikamente für Diabetes

Dieser Abschnitt gibt Ihnen Informationen über Medicare-Deckung für verschreibungspflichtige Medikamente (Teil D) für Personen mit Medicare, die an Diabetes leiden oder ein Risiko für Diabetes haben. Voraussetzung für die Kostenübernahme durch Medicare ist die Teilnahme an einem Medicare-Arzneimittelplan oder an einem Medicare Advantage Tarif mit Arzneimittelabdeckung. Medicare Part D übernimmt die Kosten für Insulin, Antidiabetika und einige Verbrauchsmaterialien im Zusammenhang mit Ihrem Insulin.

Insulin

Ein Monatsvorrat jedes von Teil D abgedeckten Insulins ist auf \$35 gedeckelt, und Sie haben keinen zusätzlichen Eigenanteil für Insulin zu entrichten. Diese Regelung greift für alle, die Insulin benötigen, auch wenn Sie zusätzliche Unterstützung beziehen (ein Medicare-Programm, das Menschen mit geringem Einkommen und begrenzten Mitteln bei der Zahlung von Prämien, Selbstbehalten, Mitversicherung und anderen Kosten für Medicare Teil D hilft). Erhalten Sie einen 60- oder 90-Tage-Vorrat an Insulin, dann dürfen sich Ihre Gesamtkosten auf maximal \$35 für jeden Monatsvorrat jedes abgedeckten Insulins beschränken. Erhalten Sie zum Beispiel einen 60-Tage-Vorrat eines von Teil D erfassten Insulins, zahlen Sie im Allgemeinen nicht mehr als \$70.

Sollten Sie Insulin benötigen, können Sie Hilfe beim Vergleich von Medicare-Medikamententarifen und -kosten erhalten:

- Rufen Sie 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) an. TTY-Benutzer können die Nummer 1-877-486-2048 anrufen.
- Kontaktieren Sie Ihr lokales State Health Insurance Assistance Program (SHIP), wenn Sie eine kostenlose, persönliche Beratung zur Krankenversicherung wünschen.

Hinweis: Seit dem 1. Juli 2023 gelten ähnliche Höchstbeträge für Insulin, welches in traditionellen Insulinpumpen verwendet wird (abgedeckt durch Teil B).

Antidiabetika

Blutzucker, der nicht durch Insulin kontrolliert wird, wird von Antidiabetika reguliert. Medicare Teil D deckt eine Vielzahl von Antidiabetika ab. Informieren Sie sich bei Ihrer Versicherung, welche Medikamente im Einzelnen abgedeckt sind.

Diabetesbedarfsmaterialien

Bedarfsartikel, die in direktem Zusammenhang mit der Verabreichung von Insulin an den Körper stehen, sind mitversichert, wenn Sie Medicare-Medikamente beziehen und Diabetes aufweisen. Zu diesen medizinischen Produkten gehören:

- Alkoholtupfer
- Gaze
- Nadeln
- Spritzen

Für mehr Informationen

Um mehr Informationen über die Medikamentendeckung von Medicare zu erhalten, können Sie:

- Besuchen Sie [Medicare.gov/drug-coverage-part-d](https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d)
- Rufen Sie 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) an. Benutzer von Texttelefonen können die Nummer 1-877-486-2048 anrufen.
- Rufen Sie Ihr bundesstaatliches Krankenversicherungsprogramm (State Health Insurance Program, SHIP) an, um kostenlose Beratung zu Krankenversicherung zu erhalten. Um dessen Nummer zu erhalten, besuchen Sie [shiphelp.org](https://www.shiphelp.org) oder rufen Sie 1-800-MEDICARE an.

Medicare-Deckung für Diabetes-Screenings & -Dienstleistungen

4

Teil B deckt bestimmte Dienstleistungen, Screenings und Schulungen, um Sie dabei zu unterstützen, Diabetes zu verhindern, zu erkennen und zu behandeln.

In der Regel ist eine Überweisung Ihres Arztes erforderlich, um diese Leistungen in Anspruch nehmen zu können:

- **Screening für Diabetes.** Siehe Seite 20.
- **Medicare Diabetes-Präventionsprogramm.**
Siehe Seiten 20-21.
- **Schulung für Diabetes-Selbstmanagement.**
Siehe Seiten 21–24.
- **Medizinische Ernährungstherapiedienstleistungen.**
Siehe Seiten 24-25.
- **Hämoglobin A1C-Tests.** Siehe Seite 25.

Bestimmte von Medicare abgedeckte Leistungen können Sie auch ohne Überweisung in Anspruch nehmen. Siehe Seiten 25-26.

Screening für Diabetes

Teil B bezahlt für Diabetes-Screeningstests, wenn Sie ein Risiko für Diabetes haben. Sie könnten ein Risiko für Diabetes haben, wenn Sie eines der Folgenden haben:

- Hohen Blutdruck
- Dyslipidämie (Vorgeschichte abnormal hoher Cholesterin- und Triglyzeridspiegel)
- Adipositas (definiert als ein Body-Mass-Index (BMI) ≥ 30)
- Verminderte Glukosetoleranz (Blutzuckertoleranz)
- Hohe Nüchternglucose (Nüchtern-Blutzucker)

Sie können auch gefährdet sein, wenn Sie 2 oder mehr dieser Risikofaktoren haben:

- Sie sind übergewichtig (definiert als BMI > 25 , aber < 30)
- Diabetes liegt in Ihrer Familie vor
- Sie haben eine Vorgeschichte mit Schwangerschaftsdiabetes oder haben ein Baby mit einem Gewicht von mehr als 4 Kilo (9 Pfund) zur Welt gebracht
- Sie sind 65 Jahre oder älter

Medicare könnte bis zu 2 Diabetes-Screeningtests in einem Zeitraum von 12 Monaten bezahlen. Nach dem eingänglichen Diabetes-Screeningtest wird Ihr Arzt feststellen, ob Sie einen zweiten Test benötigen. Medicare deckt diese Diabetes-Screeningtests:

- Nüchternglucose (-zucker) Bluttests
- Andere Blutzuckertests, die von Medicare als angemessen anerkannt sind

Wenn Sie meinen, dass Sie ein Risiko für Diabetes haben, wenden Sie sich an Ihren Arzt, um zu klären, ob Sie sich testen lassen sollten.

Medicare Diabetes-Präventionsprogramm

Teil B deckt einmal im Leben ein Programm zur Änderung des Gesundheitsverhaltens, um Sie bei der Prävention von Typ-II-Diabetes zu unterstützen. Das Programm beginnt mit wöchentlichen Kernsitzungen in einer Gruppe über einen Zeitraum von 6 Monaten hinweg. In diesen Sitzungen erhalten Sie das Folgende:

- Eine Schulung, um realistische, langanhaltende Verhaltensänderungen rund um Ernährung und Bewegung durchzuführen
- Tipps dazu, wie Sie mehr Bewegung bekommen
- Strategien zur Kontrolle Ihres Gewichts
- Einen speziell geschulten Coach, um Sie dabei zu unterstützen, motiviert zu bleiben.
- Unterstützung von Leuten mit ähnlichen Zielen und Herausforderungen

Medicare Diabetes-Präventionsprogramm (fortgesetzt)

Nach Abschluss der wichtigsten Sitzungen haben Sie Anspruch auf 6 Nachfolgesitzungen im monatlichen Turnus.

Wenn Sie das Medicare Diabetes-Präventionsprogramm in 2021 oder früher begonnen haben, erhalten Sie 12 weitere monatliche Sitzungen, wenn Sie bestimmte Gewichtsabnahmeziele erreichen.

Um sich zu qualifizieren, müssen Sie Folgendes haben:

- Teil B (oder einen Medicare Advantage Plan)
- Einen nüchternen Plasmaglukosespiegel von 110-125 mg/dL, einen 2-Stunden-Plasmaglukosespiegel von 140-199 mg/dL (oraler Glukosetoleranztest) oder ein Hämoglobin A1C-Testergebnis zwischen 5,7 und 6,4 % innerhalb von 12 Monaten vor der Teilnahme an der ersten Basissitzung.
- Ein BMI von 25 oder mehr (BMI von 23 oder mehr, wenn Sie Asiate/Asiatin sind).
- Keine Vorgeschichte von Typ-I oder Typ-II-Diabetes.
- Keine terminale Niereninsuffizienz.
- Nie am Medicare Diabetes-Präventionsprogramm teilgenommen.

Sie bezahlen für diese Dienstleistungen nichts, falls Sie anspruchsberechtigt sind.

Auf [Medicare.gov/coverage/medicare-diabetes-prevention-program](https://www.medicare.gov/coverage/medicare-diabetes-prevention-program) finden Sie die entsprechenden Programme in Ihrer Nähe.

Schulung für Diabetes-Selbstmanagement

Schulung für Diabetes-Selbstmanagement (Diabetes self-management training) hilft Ihnen dabei herauszufinden, wie Sie Ihre Diabetes erfolgreich steuern. Ihr Arzt oder anderer Gesundheitsdienstleister muss Ihnen diese Schulung verschreiben, damit sie Teil B bezahlt.

Sie können Schulung für Diabetes-Selbstmanagement erhalten, wenn Sie eine der folgenden Bedingungen erfüllen:

- Bei Ihnen wurde Diabetes diagnostiziert.
- Sie haben umgestellt von der Einnahme keiner Diabetesmedikamente zur Einnahme von Diabetesmedikamenten oder von mündlich eingenommenen Diabetesmedikamenten zu Insulin.
- Bei Ihnen wurde Diabetes diagnostiziert und Sie haben ein Risiko von Komplikationen (siehe nächste Seite).

Schulung für Diabetes-Selbstmanagement (fortgesetzt)

Ihr Arzt oder anderer Gesundheitsdienstleister könnte Sie als einer Person mit erhöhtem Risiko ansehen, wenn eines der Folgenden auf Sie zutrifft:

- Sie haben Probleme bei der Steuerung Ihres Blutzuckers, wurden in einer Notaufnahme behandelt oder blieben über Nacht im Krankenhaus wegen Ihrer Diabetes.
- Bei Ihnen wurde eine mit Diabetes zusammenhängenden Augenkrankheit diagnostiziert.
- Ihnen fehlt das Gefühl in den Füßen oder Sie haben andere Fußprobleme, wie z. B. Ulzera, Deformierungen oder Sie hatten eine Amputation.
- Bei Ihnen wurde eine mit Diabetes zusammenhängenden Nierenkrankheit diagnostiziert.

Ihr Arzt oder anderer Gesundheitsdienstleister wird Ihnen für gewöhnlich Auskunft darüber erteilen, wo Sie Schulung für Diabetes-Selbstmanagement erhalten können. Sie müssen diese Schulung von einer zugelassenen Person oder einem Programm als Teil eines Behandlungsplans erhalten, der von Ihrem Arzt oder anderem Gesundheitsdienstleister erstellt wurde. Diese Programme sind von der American Diabetes Association oder der American Association of Diabetes Educators zugelassen.

Wie viel Schulung ist gedeckt?

Medicare deckt bis zu 10 Stunden an eingänglicher Schulung und 2 Stunden Folgeschulung, sollten Sie dies benötigen.

Sie müssen die anfängliche Schulung innerhalb von nicht mehr als 12 Monaten nach dem Beginn der Schulung abschließen. Die Einstiegsschulung schließt 1 Stunde Einzeltraining ein. Die anderen 9 Stunden eingänglicher Schulung werden als Gruppenschulung gelehrt.

Wichtig: Ihr Arzt oder ein anderer medizinischer Betreuer kann statt der Gruppensitzungen bis zu 10 Stunden Einzelschulung verordnen. Sie benötigen ein Einzeltraining, wenn Sie eine Seh- oder Hörbehinderung, eine Sprach- oder andere Kommunikationsschwierigkeit oder kognitive Einschränkungen haben. Die Kosten für ein Einzeltraining werden von Medicare auch übernommen, wenn innerhalb von 2 Monaten nach dem Datum der Verordnung keine Gruppen verfügbar sind.

Schulung für Diabetes-Selbstmanagement (fortgesetzt)

Medicare deckt bis zu 2 Stunden an Folgeschulung werden jedes Jahr nachdem Sie die eingängliche Schulung empfangen haben gedeckt, sollten Sie dies benötigen. Die Folgeschulung kann in einer Gruppe oder in Einzelschulung vorgenommen werden. Ihr Arzt oder ein anderer Gesundheitsdienstleister muss Ihnen diese Nachschulung jedes Jahr verschreiben, damit die Kosten von Medicare übernommen werden.

Hinweis: Schulung für Diabetes-Selbstmanagement ist in vielen föderal zugelassenen Gesundheitszentren (Federally Qualified Health Centers, FQHCs) erhältlich. Föderal zugelassene Gesundheitszentren (Federally Qualified Health Centers, FQHCs) stellen primäre Gesundheitspflegedienste und qualifizierte vorbeugende Gesundheitspflegedienste in medizinisch unterversorgten ländlichen und städtischen Gebieten bereit. Einige Arten von föderal zugelassenen Gesundheitszentren (Federally Qualified Health Centers, FQHCs) sind örtliche medizinische Versorgungszentren, Obdachlosengesundheitsprogramme, Zentren für primäre Gesundheitsversorgung für Bewohner von Sozialwohnungen und ambulante Gesundheitsprogramme/ Einrichtungen, die von einem Stamm oder einer Stammesorganisation oder städtischen Organisation amerikanischer Ureinwohner betrieben wird. Sie müssen keinen Teil B-Selbstbehalt bezahlen. Besuchen Sie findahealthcenter.hrsa.gov, um ein Gesundheitszentrum in Ihrer Nähe zu finden.

Telegesundheit (Telehealth): Unter Umständen können Sie von einem Arzt oder einem anderen Gesundheitsdienstleister, der sich an einem anderen Ort befindet, eine Diabetes-Selbstmanagement-Schulung erhalten, und zwar über reine Audio- (z. B. Ihr Telefon) oder Audio- und Videokommunikationstechnologie (z. B. Ihren Computer). Um mehr Informationen zu Telehealth-Dienstleistungen erhalten, rufen Sie 1-800-MEDICARE an. TTY-Nutzer können 1-877-486-2048 anrufen.

Was werde ich in dieser Schulung lernen?

Die erste Sitzung der Schulung für Diabetes-Selbstmanagement ist eine individuelle Einschätzung, die es den Schulungskräften ermöglicht, Ihre Bedürfnisse besser zu verstehen.

Die Schulung im Klassenraum wird Themen abdecken, wie z. B. die Folgenden:

- Allgemeine Informationen über Diabetes, die Vorteile von Blutzuckerkontrolle und die Risiken von schlechter Blutzuckerkontrolle
- Nahrung und wie Sie Ihre Ernährung steuern
- Optionen zur Steuerung und Verbesserung Ihrer Blutzuckerkontrolle

Schulung für Diabetes-Selbstmanagement (fortgesetzt)

- Bewegung und warum sie wichtig für Ihre Gesundheit ist
- Wie Sie Ihre Medikamente richtig einnehmen
- Testen des Blutzuckers und wie Sie diese Informationen benutzen, um die Steuerung Ihrer Diabetes zu verbessern
- Wie Sie akuten und chronischen Komplikationen Ihrer Diabetes vorbeugen und dies erkennen und behandeln
- Pflege der Füße, Haut und Zähne
- Wie Ernährung, Bewegung und Medikamente Ihren Blutzucker beeinflusst
- Veränderung von Verhaltensweisen, Zielsetzungen, Risikoverminderung und Problemlösungen
- Wie Sie sich emotional Ihrer Diabeteserkrankung anpassen
- Einbindung der und Unterstützung durch die Familie
- Die Nutzung des Gesundheitssystems und Gemeinschaftsressources

Medizinische Ernährungstherapiedienstleistungen

Ergänzend zur Schulung zum selbständigen Umgang mit Diabetes deckt Teil B medizinische Dienstleistungen zur Ernährungstherapie ab, sofern Sie an Diabetes oder einer Nierenerkrankung leiden und bestimmte Kriterien erfüllen. Diese Leistungen müssen von einem Arzt für Sie verschrieben werden.

Ein staatlich anerkannter Ernährungsberater oder bestimmte Ernährungsfachleute können diese Dienstleistungen bereitstellen.

- Eine eingängliche Einschätzung von Ernährung und Lebensstil
- Ernährungsberatung (welche Lebensmittel Sie essen können und wie Sie einen individualisierten Diabetes-Ernährungsplan befolgen)
- Wie Sie Lebensstilfaktoren steuern, die Ihre Diabetes beeinflussen
- Nachuntersuchungen, die Ihren Fortschritt bei der Steuerung Ihrer Ernährung überprüfen

Erinnern Sie sich daran, dass Ihr Arzt oder anderer Gesundheitsdienstleister diese medizinische Ernährungstherapie jedes Jahr verschreiben muss, damit Medicare sie bezahlt.

Medizinische Ernährungstherapiedienstleistungen (fortgesetzt)

Hinweis: Medizinische Ernährungstherapie ist in vielen föderal zugelassenen Gesundheitszentren (Federally Qualified Health Centers) erhältlich. Siehe Seite 24. Besuchen Sie findahealthcenter.hrsa.gov, um ein Gesundheitszentrum in Ihrer Nähe zu finden.

Telegesundheit (Telehealth): Eine medizinische Ernährungshilfe kann von einem zugelassenen Diätassistenten oder einem anderen Gesundheitsdienstleister über die telemedizinische Versorgung durchgeführt werden. Mehr dazu erfahren Sie auf Seite 23.

Fußuntersuchungen & -behandlung

Wenn Sie mit Diabetes zusammenhängende Nervenschäden in einem Ihrer Füße haben, wird Teil B alle 6 Monate eine Fußuntersuchung durch einen Podologen oder anderen Fußpflegespezialisten decken, es sei denn, dass Sie während der vergangenen 6 Monate einen anderen Fußpflegespezialisten aufgesucht haben. Medicare könnte häufige Besuche decken, wenn Sie eine nichttraumatische (nicht wegen eines Unfalls) Amputation Ihres Fußes oder eines Teils Ihres Fußes hatten oder sich das Aussehen Ihrer Füße auf eine Art verändert hat, die auf eine ernste Fußkrankheit hindeutet. Erinnern Sie sich daran, dass in der Behandlung Ihres Hausarztes oder Diabetesspezialisten sein müssen, wenn Sie Fußpflege erhalten.

Hämoglobin A1C-Tests

Ein Hämoglobin A1C-Test misst, wie gut Ihr Blutzucker über die letzten 3 Monate gesteuert wurde. Falls Sie Diabetes haben, deckt Teil B diesen Test, wenn ein Arzt ihn anordnet.

Glaukom-Tests

Teil B bezahlt dafür, wenn Sie Ihre Augen einmal alle 12 Monate auf Glaukome überprüfen lassen müssen, wenn Sie ein erhöhtes Risiko haben. Sie werden als Person mit hohem Risiko für Glaukome angesehen, wenn Sie eines der Folgenden auf Sie zutrifft:

- Diabetischer Mellitus
- Sie haben einen familiären Hintergrund von Glaukomen, oder
- Sie sind Afroamerikaner und über 50 oder älter, oder
- Sie sind Hispanoamerikaner und 65 oder älter.

Dieser Test muss von einem Augenarzt durchgeführt oder überwacht werden, der für diese Dienstleistung in Ihrem Bundesstaat zugelassen ist.

Gripeschutz- und Pneumokokkenimpfungen

Wenn Sie Diabetiker sind, besteht für Sie ein höheres Risiko von Komplikationen durch Grippe und Lungenentzündung. Eine Impfung ist daher wichtig, um dieses Risiko zu verringern. Teil B erstattet Ihnen die Kosten für eine Grippeimpfung, in der Regel eine Impfung pro Grippesaison. Teil B übernimmt auch die Kosten für Pneumokokkenimpfungen zur Vorbeugung von Pneumokokkeninfektionen (wie etwa bestimmte Arten von Lungenentzündung). Sprechen Sie mit Ihrem Arzt oder einem anderen medizinischen Dienstleister, um abzuklären, ob Sie diese Impfungen benötigen.

Vorbeugender Besuch "Willkommen bei Medicare" („Welcome to Medicare“)

Teil B deckt eine einmalige Überprüfung Ihrer Gesundheit sowie die Ausbildung und Beratung zu Präventiv-Dienstleistungen innerhalb der ersten 12 Monate, in denen Sie Teil B haben. Diese umfasst Informationen über bestimmte Screenings, Impfungen und Überweisungen für andere Gesundheitsdienstleistungen, falls diese nötig sind. Der vorbeugende Besuch "Willkommen bei Medicare" („Welcome to Medicare“) ist eine gute Gelegenheit, um mit Ihrem Arzt über vorbeugende Dienstleistungen zu sprechen, die Sie benötigen könnten, wie z. B. Diabetes-Screeningtests.

Jährlicher „Wellness“-Besuch

Wenn Sie Teil B für länger als 12 Monate hatten, können Sie einen jährlichen „Wellness“-Besuch erhalten, um Ihren personalisierten Präventionsplan zu entwickeln oder zu aktualisieren, basierend auf Ihren gegenwärtigen Gesundheits- und Risikofaktoren. Dies umfasst:

- Eine Überprüfung Ihrer Krankengeschichte und Familienanamnese
- Eine Liste der gegenwärtigen Gesundheitsdienstleister und verschreibungspflichtigen Medikamente
- Ihr(e) Größe, Gewicht, Blutdruck und andere routinemäßige Messungen
- Einen Screening-Zeitplan für angemessene vorbeugende Dienstleistungen
- Eine Liste von Risikofaktoren und Behandlungsoptionen für Sie

Bedarfsmaterialien & Dienstleistungen, die nicht von Medicare gedeckt werden

Das Original Medicare und Medicare-Medikamentenpläne decken nicht alles. Zum Beispiel werden diese Bedarfsmaterialien und Dienstleistungen nicht gedeckt:

- Augengläser und Untersuchungen für Augengläser, außer nach Kataraktoperationen
- Orthopädische Schuhe (Schuhe für Personen, deren Füße beeinträchtigt aber intakt sind)
- Kosmetische Chirurgie

Hilfreiche Tipps & Quellen

5

Mehr Informationen sind verfügbar, um Ihnen dabei zu helfen, Gesundheitsfürsorgeauswahlen und -entscheidungen zu treffen, die Ihren Bedürfnissen entsprechen.

Um mehr Informationen über Medicare-Deckung von Diabetes zu erhalten, besuchen Sie [Medicare.gov/coverage](https://www.medicare.gov/coverage) oder rufen Sie 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) an. Benutzer von Texttelefonen sollten die Nummer 1-877-486-2048 anrufen.

Telefonnummern & Webseiten

Zentren für Krankheitskontrolle und Prävention (Centers for Disease Control and Prevention, CDC), Gesundheits- und Sozialministerium (Department of Health & Human Services, HHS)

cdc.gov/diabetes
1-800-232-4636

Finden Sie ein Gesundheitszentrum

findahealthcenter.hrsa.gov

Gesundheitsdienst für Indianer (Indian Health Service)

ihs.gov/diabetes

MyHealthfinder

healthfinder.gov

Nationales Diabetes-Präventionsprogramm

cdc.gov/diabetes/prevention

Nationales Institut für Diabetes und Krankheiten des Verdauungstrakts und der Nieren (National Institute of Diabetes & Digestive & Kidney Diseases, NIDDK) der Nationalen Gesundheitsinstitute (National Institutes of Health, NIH, HHS)

niddk.nih.gov
niddk.nih.gov/health-information/diabetes
1-800-860-8747 (Clearinghouse)

CMS - Zugängliche Kommunikationen

Medicare bietet Ihnen kostenlose Hilfsmittel und Dienstleistungen, darunter Informationen in barrierefreien Formaten wie Blindenschrift, Großdruck, Daten-/ Audiodateien, Relaisdienste und TTY-Kommunikation. Sollten Sie Informationen in einem barrierefreien Format anfordern, wird Ihnen kein zusätzlicher Kostenaufwand für die Bereitstellung dieser Informationen berechnet. Das bedeutet, Sie erhalten zusätzliche Zeit, um eine Maßnahme zu ergreifen, falls es eine Verzögerung bei der Erfüllung Ihrer Anfrage gibt.

Um Medicare- oder Marketplace-Informationen in einem zugänglichen Format anzufordern, können Sie Folgendes tun:

1. **Rufen Sie uns an:** Bezüglich Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
TTY: 1-877-486-2048.

Für Marketplace: 1-800-318-2596. TTY: 1-855-889-4325

2. **Senden Sie uns eine E-Mail an:** altformatrequest@cms.hhs.gov.

3. **Schicken Sie uns ein Fax:** 1-844-530-3676.

4. **Schicken Sie uns einen Brief:**

Centers for Medicare & Medicaid Services
Offices of Hearings and Inquiries (OHI)
7500 Security Boulevard, Mail DO-01-20
Baltimore, MD 21244-1850
Attn: Customer Accessibility Resource Staff

Ihre Anfrage sollte Ihren Namen, Ihre Telefonnummer, die Art der von Ihnen benötigten Informationen (falls bekannt) sowie die Postanschrift, an die wir die Materialien schicken sollen, enthalten. Möglicherweise kontaktieren wir Sie, um weitere Informationen zu erhalten.

Hinweis: Wenn Sie an einem Medicare Vorteilsplan oder Medicare Verschreibungspflichtige Medikamente-Plan teilnehmen, kontaktieren Sie Ihren Plan, um die zugehörigen Informationen in einem zugänglichen Format zu erhalten. Für Medicaid kontaktieren Sie Ihre bundesstaatliche oder lokale Medicare-Behörde.

Nichtdiskriminierungshinweis

CMS schließt auf Basis von Rasse, Hautfarbe, Nationalität, Behinderung, Geschlecht (einschließlich sexueller Orientierung und Geschlechtsidentität) oder Alter niemanden von der Aufnahme in, Teilnahme an, oder dem Empfang von Leistungen oder Vergünstigungen entsprechend aller seiner Programme und Aktivitäten aus, gleichgültig ob diese direkt von CMS oder durch einen Vertragnehmer oder jede andere Organisation durchgeführt werden, mit dem/der CMS die Ausführung seiner Programme und Aktivitäten vereinbart hat.

Sie können CMS auf jedem der in dieser Mitteilung enthaltenen Wege kontaktieren, falls Sie Bedenken bezüglich des Erhalts der Informationen in einem Format, das Sie verwenden können, haben.

Sie können auch eine Beschwerde einreichen, wenn Sie denken, Sie wurden in einem CMS-Programm oder einer CMS-Aktivität diskriminiert, einschließlich der Feststellung von Problemen beim Erhalt von Informationen in einem zugänglichen Format von einem Medicare Vorteilsplan, Medicare Verschreibungspflichtige Medikamente-Plan, einer bundesstaatlichen oder lokalen Medicaid-Behörde oder Marketplace Qualifizierten Gesundheitsplänen. Es gibt drei Möglichkeiten, eine Beschwerde beim US-Gesundheits- und Sozialministerium, Bürgerrechtsbehörde, einzureichen:

1. **Online:** hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html.
2. **Per Telefon:** Rufen Sie 1-800-368-1019 an. Texttelefon-Nutzer können die Nummer 1-800-537-7697 anrufen.
3. **Schriftlich:** Schicken Sie Informationen über Ihre Beschwerde an:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

Centers for Medicare & Medicaid Services
7500 Security Boulevard
Baltimore, Maryland 21244-1850

Amtliche Angelegenheit
Strafe für private Benutzung, \$300

CMS Product No. 11022-G (German)
June 2023

Medicare Coverage of Diabetes Supplies, Services, & Prevention Programs

- Medicare.gov
- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
- TTY: 1-877-486-2048

