



Leitfaden zur Ticketbefreiung im Gesundheitswesen

für ambulante fachärztliche Leistungen, Leistungen der
Instrumentaldiagnostik und der Laboruntersuchungen

AUTONOME PROVINZ BOZEN – SÜDTIROL  PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO – ALTO ADIGE
PROVINZIA AUTONOMA DE BULSAN – SÜDTIROL

Südtiroler Sanitätsbetrieb  Azienda Sanitaria dell'Alto Adige
Azienda Sanitera de Sudtirol

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis	4
Einleitung	5
A. Grundregeln der Verschreibung	6
B. Die Befreiung von der Gesundheitskostenbeteiligung (Ticket): Bereiche, Personengruppen und eingeschlossene Leistungen	7
I. Überblick über die Gruppen der Ticketbefreiung und die entsprechenden Befreiungscodes	8
II. Beschreibung der Befreiungscodes, eingeschlossene Leistungen, anspruchsberechtigte Personen und Verfahren zur Ausstellung	12
Gruppe 1: Befreiungen aufgrund von Krankheiten	
1.1. Chronische und invalidisierende Krankheiten	13
1.2. Seltene Krankheiten	15
Gruppe 2: Befreiungen aufgrund von Invalidität	
2.1. Zivilinvalidität	17
2.2. Kriegsinvalidität	19
2.3. Arbeitsinvalidität	20
2.4. Dienstinvalidität	21
2.5. Opfer von Terrorismus und der organisierten Kriminalität, Opfer in Ausübung der Pflicht	22
2.6. Geschädigte durch irreversible Komplikationen infolge von Impfungen, Transfusionen oder Blutprodukten	23
Gruppe 3: Befreiungen aufgrund von Einkommen (Alter oder sozialer Lage)	
3.1. Einkommen und Alter	24
3.2. Einkommen und soziale Lage	26
Gruppe 4: Sonstige Befreiungen	
4.1. Befreiungen im Rahmen der Früherkennung	28
4.2. Befreiungen bei Schwangerschaft und verantwortungsvoller Mutterschaft	30
4.3. Befreiungen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit – Prophylaxe	31
4.4. Befreiung für Eignungsuntersuchungen	33
4.5. Befreiung für Spender	34
4.6. Befreiung für Freiwillige im Zivildienst und/oder im Sozialdienst	35
4.7. Befreiungen für ausländische Minderjährige ohne Aufenthaltsstatus	36
4.8. Temporärer Schutz und/oder humanitäre Hilfe	38
4.9. Gewaltopfer	39
4.10. Verdacht auf HIV-Infektion	39
4.11. Befreiung für Häftlinge	40
4.12. Weitere Befreiungen, die auf lokaler Ebene eingeführt wurden	40
Anhang	
A. Übersichtstabelle mit den wichtigsten Eigenschaften der einzelnen Befreiungscodes	

Abkürzungsverzeichnis

BLR – Beschluss der Landesregierung
NGD – Nationaler Gesundheitsdienst
LGD – Landesgesundheitsdienst
LKvL – Landeskatalog der verschreibbaren Leistungen
LTV – Landestarifverzeichnis
WBS – Wesentliche Betreuungsstandards
Zusätzliche WBS – Leistungen die nur an in Südtirol Ansässige und im LGD Eingeschriebene verschreibbar sind
HGW – Homogene Gruppierung von Wartezeiten
DPMR – Dekret des Präsidenten des Ministerrates
MD – Ministerialdekret
Ges. – Gesetz
LG – Landesgesetz
GD – Gesetzesdekret
GvD – Gesetzesvertretendes Dekret
DPR – Dekret des Präsidenten der Republik
DLH – Dekret des Landeshauptmannes
ASL – lokaler Sanitätsbetrieb
AAM – Arzt für Allgemeinmedizin
KFW – Kinderarzt freier Wahl
AFL – Ambulante fachärztliche Leistungen
MEF – Ministerium für Wirtschaft und Finanzen
EKVK – Europäische Krankenversicherungskarte
INAIL - Gesamtstaatliches Institut für Versicherungen gegen Arbeitsunfälle
NISF - Nationales Institut für soziale Fürsorge
AfE – Agentur für Einnahmen
STP – vorübergehend anwesende Ausländer
ENI – nicht eingeschriebene Europäer
TS – System Gesundheitskarte
ICD-9-CM - Internationale Klassifikation der Krankheiten [9th Revision, Clinical Modification]

Einleitung

Die Beteiligung an den Gesundheitsausgaben (Ticket)

Das Ticket ist eine Form der **finanziellen Beteiligung** der Bürger an den Kosten bestimmter Gesundheitsleistungen, die vom Nationalen Gesundheitsdienst/Landesgesundheitsdienst (NGD/LGD) erbracht werden. Es handelt sich nicht um eine „Steuer“, sondern um einen Kostenbeitrag, der für folgende Leistungen erhoben wird:

- Ambulante fachärztliche Leistungen und diagnostische Instrumental- und Laboruntersuchungen;
- Leistungen in der Notaufnahme, die keinen Notfall- oder Dringlichkeitscharakter haben;
- Thermalkuren;
- Andere Leistungen (z. B. Arzneimittelversorgung, Krankentransporte, die hier nicht behandelt werden).

Das Ticket ist nicht vorgesehen für:

- Zugänge zur Notaufnahme mit anschließendem Krankenhausaufenthalt bzw. Tod der Patientin/des Patienten;
- Zugänge zur Notaufnahme mit Prioritätscodes Grün, Gelb, Orange und Rot;
- stationäre Aufenthalte für Akutfälle, Rehabilitation, postakute Langzeitpflege und Rehabilitation.

Die wichtigsten Rechtsvorschriften zur Beteiligung an den Gesundheitsausgaben:

Gesetzesvertretendes Dekret Nr. 502/92:

Art. 1, Abs. 3: Die im Rahmen der WBS enthaltenen Gesundheitsleistungen werden vom Nationalen Gesundheitsdienst **kostenlos** oder mit **Kostenbeteiligung** gewährt, gemäß den geltenden gesetzlichen Bestimmungen.

Art. 13, Abs. 3: Die **Regionen** (und die Autonomen Provinzen Trient und Bozen) können im Rahmen ihrer organisatorischen Regelungen und der Bewertung der Nachfrageentwicklung zusätzliche Leistungen vorsehen, die den Bürgern in Rechnung gestellt werden – unter Ausschluss der aus jeglichem Grund befreiten Personen und unter Einhaltung der Grundsätze des Dekrets.

Gesetz Nr. 537/93 (Finanzgesetz):

Art. 8, Abs. 15: Alle Bürger sind zur Zahlung von Leistungen der **instrumentellen Diagnostik, Laboruntersuchungen** und **anderen fachärztlichen Leistungen** verpflichtet, einschließlich Physiotherapie und Thermalbehandlungen, bis zu einem Höchstbetrag von 70.000 Lire pro Rezept (entspricht **36,15 Euro**). Beträge über diesem Limit werden vom Nationalen Gesundheitsdienst übernommen.

Gesetzesvertretendes Dekret vom 29. April 1998, Nr. 124:

Legt die Kriterien, Bereiche und Modalitäten der Kostenbeteiligung fest. Insbesondere unterliegen dem Ticket die Arzneimittelversorgung, die ambulante Facharztversorgung und die Thermalbehandlungen.

DPMR vom 12. Januar 2017 – Neue Wesentliche Betreuungsstandards (WBS):

Aktualisiert die garantierten Gesundheitsleistungen sowie jene, die dem Ticket unterliegen oder davon befreit sind.

Für nicht befreite Patientinnen und Patienten entspricht das Ticket für fachärztliche Leistungen, instrumentelle Diagnostik und Laboruntersuchungen der Summe der im Landestarifverzeichnis (LTV) vorgesehenen Tarife, bis zu einem Höchstbetrag von **36,15 Euro** pro Rezept. Über diesen Betrag hinausgehende Kosten werden vom Landesgesundheitsdienst übernommen.

A. Grundregeln der Verschreibung¹

Die ärztliche Verschreibung (NGD/LGD) ist das Instrument, mit dem Gesundheitsleistungen – vollständig oder teilweise – zu Lasten des nationalen bzw. Landesgesundheitsdienstes verschrieben werden.

Im Falle einer vollständigen Befreiung werden sämtliche erbrachten Leistungen vom staatlichen bzw. vom Landesgesundheitsdienst übernommen; im Falle einer teilweisen Befreiung ist ein Teil des Tickets vom Patienten zu tragen.

Für die wirtschaftliche Abrechnung von ambulanten fachärztlichen Leistungen, Leistungen der Instrumentaldiagnostik und Laboruntersuchungen ist eine ordnungsgemäß ausgestellte ärztliche Verschreibung erforderlich, die gemäß den geltenden Rechtsvorschriften korrekt ausgefüllt ist und aus der die zu erbringenden Leistungen sowie die Kostenbeteiligung (sofern keine Befreiung besteht) eindeutig hervorgehen. Die zu Lasten des staatlichen bzw. des Landesgesundheitsdienstes verschreibbaren ambulanten fachärztlichen Leistungen sind im Landestarifverzeichnis (LTV) bzw. im Landeskatalog der verschreibbaren Leistungen (LKvL) enthalten².

Regeln für die Verschreibung mit Befreiungen

1. Klinische oder normative Voraussetzung

Der Befreiungscode setzt eine spezifische Voraussetzung (Krankheit, Status, Voraussetzung, die von einer Rechtsnorm bestimmt wird oder Präventionsprogramm) voraus. Die Befreiung ist nicht allgemein, sondern stets an den sie rechtfertigenden Grund gebunden.

Beispiel: Der Befreiungscode 007 ist für die chronische Erkrankung „ASTHMA“ vorgesehen und umfasst zwei Diagnosen: 439 – Asthma und 439.2 – Chronisch obstruktives Asthma. Der Facharzt weist nach Diagnosestellung dem Patienten den Befreiungscode sowie eine der beiden Diagnosen zu. Der Befreiungscode wird im Patientenverwaltungssystem erfasst.

2. Klinische Korrelation

Die Befreiung findet ausschließlich auf klinisch und unmittelbar mit der Krankheit zusammenhängende Leistungen Anwendung, die zur Zuerkennung des Codes geführt hat (dies gilt nicht für sog. „administrative“ Befreiungen). Nicht dem Krankheitsbild zugehörige Leistungen dürfen auch dann nicht in Befreiung verschrieben werden, wenn der Patient Inhaber des Codes ist. Für viele Befreiungscodes ist die Liste der Leistungen begrenzt. Für andere Codes besteht keine geschlossene Liste; die Verschreibung stützt sich auf die klinische Beurteilung durch den Arzt oder die Ärztin und auf die Verschreibungsangemessenheit.

Beispiel:

Dem Befreiungscode 007 – Asthma ist eine Liste von 11 in Befreiung verschreibbaren Leistungen zugeordnet. Außerhalb dieser Liste kann der genannte Code nicht verwendet werden (Systemsperre).

3. Korrekte Zuordnung des Codes zur Leistung

Gemäß den nationalen Bestimmungen zu den Wesentlichen Betreuungsstandards (WBS – DPCM vom 12. Januar 2017) ist bei Vorliegen mehrerer auf dieselbe Leistung anwendbarer Befreiungen jener Befreiungscode anzugeben, der für den Patienten den vollständigen Ausschluss oder die geringere Kostenbeteiligung gewährleistet, sofern dieser mit der erbrachten Leistung vereinbar ist.

4. Beschränkungen bei der Nutzung der Befreiungscodes

Es ist nicht zulässig, auf derselben Verschreibung Leistungen mit und ohne Befreiung gemeinsam zu verschreiben. Die Verschreibungsregeln (Anzahl der Leistungen, Zyklen usw.) gelten auch im Fall einer Befreiung. Die Gültigkeit des Befreiungscodes kann unbegrenzt oder befristet sein und hängt von der Diagnose ab; bei den sogenannten „administrativen Codes“ richtet sie sich nach den einschlägigen Rechtsvorschriften. Die Gültigkeitsdauern sind in den Übersichtslisten der einzelnen Gruppen von Befreiungscodes angegeben und auf der Website der Abteilung Gesundheit der Autonomen Provinz Bozen veröffentlicht³.

¹ Link: <https://www.sabes.it/de/grundregeln-der-verschreibung>

² Link: [Tarifverzeichnis der ambulanten fachärztlichen Leistungen](#)

³ Link: [Selbstbeteiligung an der Gesundheitsausgabe und Befreiung](#)

Beispiel:

Befreiungscode	Krankheit/Bedingung	ICD-9-CM CODE	Bezeichnung Krankheit	Befreiungscode	Mindestlaufzeit des Codes
007	ASMA	493	ASTHMA	007.493	5 JAHRE
007	ASMA	492.2	CHRONISCH OBSTRUKTIVES ASTHMA	007.4932	UNBEGRENZT

5. Verantwortung bei der Verschreibung

Die korrekte Anwendung des Befreiungscodes liegt in der Verantwortung des verschreibenden Arztes bzw. Ärztin⁴. Eine unsachgemäße Verwendung kann zur Folge haben:

- verhaltensmäßige Unregelmäßigkeiten;
- Rückforderung des Tickets;
- Beanstandungen im Rahmen von Kontrollen.

Der Befreiungscode ist bei der Verschreibung von in Befreiung erbrachten Leistungen stets auf der Verschreibung anzugeben.

In Ermangelung des Codes gilt die Leistung als kostenpflichtig (Ticket), auch wenn der Patient im System als befreit aufscheint.

6. Recht auf die Erbringung von befreiten Leistungen

Für die Erbringung der Leistungen gilt der Grundsatz, dass der/die Betreute zum Zeitpunkt der Verschreibung im Besitz des Befreiungscodes sein muss.

Bei zusätzlichen Leistungen, die sich während der fachärztlichen Untersuchung oder der diagnostischen Leistung als notwendig erweisen, fällt der Zeitpunkt der Verschreibung mit jenem der Leistungserbringung zusammen.

B. Die Befreiung von der Gesundheitskostenbeteiligung (Ticket): Bereiche, Personengruppen und eingeschlossene Leistungen

Der Gesetzgeber hat spezifische Bereiche und Krankheitsgruppen festgelegt, für die eine **Befreiung von der Zahlung des Tickets** vorgesehen ist⁵:

1. Ambulante fachärztliche Leistungen, Leistungen der Instrumentaldiagnostik und Laboruntersuchungen, die im Rahmen von **formell genehmigten Programmen zur Früherkennung und kollektiven Prävention** erbracht werden, welche durch formelle Akte der Region/Autonomen Provinz gefördert oder genehmigt werden (z. B. Mammographie zur Früherkennung von Brustkrebs, PAP-Test zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs, Test auf okkultes Blut im Stuhl zur Früherkennung von Darmkrebs);
2. Ambulante fachärztliche Leistungen, Leistungen der Instrumentaldiagnostik und Laboruntersuchungen, die zur **allgemeinen Gesundheitsvorsorge** erforderlich sind, gesetzlich vorgeschrieben oder lokal angeordnet werden, insbesondere bei epidemischen Situationen (z. B. Untersuchungen bei Personen, die mit Infizierten in Kontakt standen);
3. Leistungen durch **Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin** sowie **frei gewählte Kinderärztinnen und Kinderärzte** im Rahmen der Primärversorgung;
4. Behandlungen während eines **Krankenhausaufenthalts**, sei es stationär oder tagesklinisch, einschließlich Aufhalten in Rehabilitationsabteilungen oder Einrichtungen der postakuten Langzeitpflege sowie Untersuchungen, die direkt und ausschließlich mit einem geplanten Krankenhausaufenthalt verbunden sind und vorab von derselben Einrichtung durchgeführt wurden (z. B. Anästhesie-Vorgespräch, Thorax-Röntgen, EKG, Entfernung von Nähten), gemäß Art. 1, Absatz 18 des Gesetzes vom 23. Dezember 1996, Nr. 662⁶;

⁴ ONLINE SEITE SABES [Für verschreibende Ärzte und Ärztinnen in Südtirol](#)

⁵ Link: [Gesundheitsministerium - Ticket und Befreiungen](#)

⁶ Link: [Gesetz 23. Dezember 1996, Nr. 662](#)

Darüber hinaus ist **kein Ticket** vorgesehen für Leistungen, die in Situationen von besonderem sozialem Interesse erbracht werden, wie etwa:

1. **Schutz der Mutterschaft**, beschränkt auf die im DPMR vom 12. Januar 2017⁷ (Anlage 10⁸) definierten Leistungen;
2. **Prävention der HIV-Infektion**, beschränkt auf die Feststellung des Infektionsstatus bei Personen aus Risikogruppen, mit Risikoverhalten oder zufälliger Exposition gegenüber dem Infektionsrisiko;
3. **Förderung der Blut-, Organ- und Gewebespende**, mit Befreiung beschränkt auf Leistungen, die direkt mit der Spendertätigkeit verbunden sind;
4. Schutz von Personen, die durch irreversible Komplikationen infolge von Pflichtimpfungen, Bluttransfusionen oder der Verabreichung von Blutprodukten geschädigt wurden, gemäß Gesetz vom 25. Februar 1992, Nr. 210⁹, beschränkt auf die dort genannten Leistungen;
5. **Impfungen**, die im **nationalen Impfpräventionsplan**¹⁰ vorgesehen sind, für die dort als Zielgruppe definierten Personen.

Neben den oben genannten Bereichen hat der Gesetzgeber auch **bestimmte Personengruppen** identifiziert, die unter bestimmten Bedingungen **von der Zahlung des Tickets befreit** sind. Dazu gehören:

- **Einkommensbezogene Situationen in Verbindung mit Alter oder sozialem Status**, wie:
 - Kinder unter 6 Jahren und Personen über 65 Jahre mit niedrigem Familieneinkommen;
 - Arbeitslose und Rentner mit Mindestpension;
 - ausländische Staatsangehörige;
- **Personen mit chronischen und seltenen Krankheiten** (z. B. Diabetes, Bluthochdruck), die vom Nationalen Gesundheitsdienst anerkannt sind;
- **Personen mit Behinderungen**, darunter:
 - Zivil-, Kriegs- oder Arbeits- bzw. Dienstinvaliden;
 - Personen mit schwerer Behinderung gemäß Gesetz 104/1992;
- **Weitere besondere Fälle**, wie:
 - Schwangere Frauen für Leistungen gemäß regionalen Protokollen;
 - Bürgerinnen und Bürger, die an Programmen zur Früherkennung bestimmter Tumorerkrankungen teilnehmen (onkologische Screenings);
 - Schutz der öffentlichen Gesundheit – Prophylaxe;
 - Personen, die sich diagnostischen Untersuchungen im Zusammenhang mit HIV unterziehen.

Jede Befreiungskategorie ist mit **spezifischen Gesundheitsleistungen** verknüpft, die auf Grundlage der anerkannten Krankheit oder sozialen Situation definiert sind. Diese Leistungen variieren je nach diagnostizierter Pathologie oder anerkannter sozialer bzw. gesundheitlicher Lage.

Einige Regionen und/oder autonome Provinzen haben **zusätzliche Befreiungscodes** eingeführt, die über die nationalen Bestimmungen hinausgehen. Diese gelten jedoch ausschließlich im jeweiligen regionalen Zuständigkeitsgebiet bzw. in der Provinz und nur für Personen, die beim entsprechenden regionalen oder Landesgesundheitsdienst eingeschrieben sind.

7 [Link: DPMR 12. Jänner 2017](#)

8 [Link: Anlage 10](#)

9 [Link: Gesetz 25. Februar 1992, Nr. 210](#)

10 [Link: Nationaler Plan für die Impfprävention](#)

I. Überblick über die Gruppen der Ticketbefreiung und die entsprechenden Befreiungscodes

Gruppe 1: Befreiungen aufgrund von Krankheiten

1.1 Chronische Krankheiten

- **001–067** – Personen mit chronischen und invalidisierenden Krankheiten, die gemäß dem DPMR vom 12.01.2017 (Anhänge 8 und 8bis) von der Ticketzahlung befreit sind;
- **0A02** – Herzkrankheiten und Erkrankungen des Lungenkreislaufs;
- **0B02** – Zerebrovaskuläre Erkrankungen;
- **0C02** – Erkrankungen der Arterien, Arteriolen, Kapillaren, Venen und Lymphgefäße;
- **0A31** – Arterielle Hypertonie;
- **0031** – Arterielle Hypertonie mit Organschädigung;
- **BZ4** – Hidradenitis suppurativa.

1.2 Seltene Krankheiten

- **R99** – Leistungen bei **Verdacht** auf eine seltene Krankheit (gemäß Art. 5 Abs. 2 des MD vom 18.05.2001, Nr. 279);
- **RA – bis RP...:** Seltene Krankheiten [Der Anfangsbuchstabe „R“ kennzeichnet eine seltene Krankheit; der zweite Buchstabe steht für den Bereich der ICD-9-CM-Klassifikation, zu dem die Krankheit gehört. Danach folgt eine „o“ für eine einzelne Krankheit oder ein „G“ für eine Gruppe von Krankheiten].
- Die vollständige Liste der seltenen Krankheiten befindet sich im Anhang 7¹¹ des DPMR vom 12.01.2017.

Gruppe 2: Befreiungen aufgrund von Invalidität

2.1 Zivilinvalidität

- **C01** – 100 % Zivilinvaliden (Vollinvaliden) ohne Begleitzulage;
- **C02** – 100 % Zivilinvaliden (Vollinvaliden) mit Begleitzulage;
- **C03** – Zivilinvaliden mit einer Invalidität über 2/3 (67–99 %);
- **C04** – Minderjährige Zivilinvaliden mit Anspruch auf Besuchszulage¹²;
- **C05** – Vollblinde oder Blinde mit binokularem Sehrestvermögen bis zu $\leq 1/10$ auf beiden Augen;
- **C06** – Gehörlose (Personen, die seit Geburt, oder vor der Erlernung der Sprache unter Taubheit leiden);

2.2 Kriegsinvalidität

- **G01** – Kriegsinvaliden der Kategorien 1–5, die eine Leitpension bekommen und ehemalige KZ-Häftlinge;
- **G02** – Kriegsinvaliden der Kategorien 6–8;

2.3 Arbeitsinvalidität

- **L01** – Schwerbehinderte Arbeitsinvaliden (80–100 %);
- **L02** – Invaliden mit verminderter Arbeitsfähigkeit über 2/3 (67–79 %);
- **L03** – Invaliden mit verminderter Arbeitsfähigkeit bis 2/3 (1–66 %);
- **L04** – Arbeitsgeschädigte oder an Berufskrankheiten leidende Personen.

2.4 Dienstinvalidität

- **S01** – Schwerbehinderte Dienstinvaliden der Kategorie I - Inhaber einer Sonderrente (Kategorie I);
- **S02** – Dienstinvaliden der Kategorien 2–5;
- **S03** – Dienstinvaliden der Kategorien 6–8.

11 [Link: Anhang 7 des DPMR 12. Jänner 2017](#)

12 [Siehe Art.1, Gesetz Nr. 289/90 laut Art. 5, Absatz 6, GvD 124/1998](#)

2.5 Opfer von Terrorismus und der organisierten Kriminalität, Opfer bei der Ausübung der Pflicht

- **Vo1** – Opfer von Terrorismus, organisierter Kriminalität, Pflichtverletzungen (Invalidität < 80 %) und deren Familienangehörige;
- **Vo2** – Opfer von Terrorismus mit Invalidität > 80 % und deren Familienangehörige.

2.6 Geschädigte durch irreversible Komplikationen infolge von Impfungen, Transfusionen oder Blutprodukten

- **No1** – Personen mit irreversiblen Schäden durch Pflichtimpfungen, Bluttransfusionen oder Verabreichung von Blutprodukten.

Gruppe 3: Befreiungen aufgrund von Einkommen, Alter oder sozialer Lage

3.1 Einkommen und Alter

- **Eo1** – Kinder < 6 Jahre oder Senioren > 65 Jahre mit Familieneinkommen < 36.151,98 Euro;
- **Eo4** – Rentner mit Mindestpension (> 60 Jahre) und deren Angehörige mit Einkommen < 8.263,31 Euro, erhöht wie oben;
- **E11** – Personen > 65 Jahre mit Einkommen zwischen 36.151,98 Euro und 40.000,00 Euro;
- **E12** – Kinder < 14 Jahre und eingeschrieben im Landesgesundheitsdienst, unabhängig vom Einkommen;
- **E22** – Zu Lasten lebende Kinder ab 14 Jahren bis zu einem Höchstalter und einer Einkommensgrenze, wie sie von der steuerrechtlichen Gesetzgebung festgelegt sind.

3.2 Einkommen und soziale Lage

- **Eo2** – Arbeitslose und deren Angehörige mit Familieneinkommen < 8.263,31 Euro, erhöht auf 11.362,05 Euro bei Ehepartner und +516,46 Euro pro Kind;
- **Eo3** – Bezieher von Sozialhilfe und deren zu Lasten lebenden Angehörige;
- **E99** – Anspruchsberechtigte Person (oder zu Lasten lebende Person eines Anspruchsberechtigten) auf Befreiung aufgrund von Bedürftigkeit, mit einem Familieneinkommen von höchstens 8.263,31 Euro, erhöht auf 11.362,05 Euro bei Vorhandensein eines Ehepartners und zusätzlich um 516,46 Euro für jedes unterhaltsberechtigten Kind (gemäß Art. 8, Absatz 16 des Gesetzes Nr. 537 vom 24. Dezember 1993 in der jeweils geltenden Fassung).

Gruppe 4: Sonstige Befreiungen

4.1 Befreiungen im Rahmen der Früherkennung

- **Do1** – Diagnostische Leistungen im Rahmen von durch die Provinz genehmigten **Screening-Kampagnen**;
- **Do2** – Diagnostische Leistungen zur Früherkennung von Tumoren – **Zytologische Untersuchung**;
- **Do3** – Diagnostische Leistungen zur Früherkennung von Tumoren – **Mammographie**;
- **Do4** – Diagnostische Leistungen zur Früherkennung von Tumoren – **Kolorektales Screening**;
- **Do5** – Vertiefende diagnostische Leistungen im Zusammenhang mit der **Früherkennung von Brustkrebs**;
- **D99** – Diagnostische Leistungen im Zusammenhang mit der Früherkennung von Krebserkrankungen bei Personen, die Träger einer **Mutation der Gene BRCA1 und BRCA2** sind;

4.2 Befreiungen bei Schwangerschaft und verantwortungsvoller Mutterschaft

- **Mo0** – Leistungen in der präkonzeptionellen Phase;
- **M+Schwangerschaftswoche** – Leistungen während einer physiologischen Schwangerschaft;
- **M50** – Risikoschwangerschaft: bei drohender Fehlgeburt oder pathologischen Zuständen mit Risiko für Mutter und Kind sowie bei invasiver pränataler Diagnostik bei spezifischen Risikokonstellationen für den Fötus;
- **M52** – Weitere Leistungen in der Schwangerschaft für Schiffspersonal.

4.3 Befreiungen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit – Prophylaxe

- **Po1** – Fachärztliche Leistungen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit, lokal angeordnet bei epidemischen Situationen;
- **Po2** – Fachärztliche Leistungen im Zusammenhang mit der Arbeitsaufnahme, gesetzlich vorgeschrieben und nicht zu Lasten des Arbeitgebers;
- **Po3** – Leistungen im Zusammenhang mit Pflicht- oder empfohlenen Impfungen;
- **PREV** – Leistungen gemäß Art. 1, Absatz 4, Buchstaben a) und b) des GvD Nr. 124/1998.

4.4 Befreiung für Eignungsuntersuchungen

- **Io1** – Leistungen zur Ausstellung von Eignungsbescheinigungen für die Ausübung von Sport (evtl. auch für Adoption oder Zivildienst).

4.5 Befreiung für Spender

- **To1** – Leistungen im Zusammenhang mit Organspende, Gewebespende oder Blutspende.

4.6 Befreiung für Freiwillige im Zivildienst und/oder im Sozialdienst

- **So4** – Personen im freiwilligen Zivil- oder Sozialdienst.

4.7 Befreiungen für ausländische Minderjährige ohne Aufenthaltsstatus

- **Xo1** – STP-Personen ≥ 6 Jahre mit Bedürftigkeitsnachweis;
- **X23** – Ausländische minderjährige Kinder ohne regulären Aufenthaltsstatus unter 6 Jahren, mit Bedürftigkeitserklärung;
- **X24** – Unbegleitete ausländische Minderjährige < 18 Jahre.

4.8 Temporärer Schutz und/oder humanitäre Hilfe

- **X22** – Ukrainische Staatsbürger mit Antrag oder Aufenthaltstitel für temporären Schutz;
- **BI** – Nicht-EU-Bürger, die von den Vereinigungen „Il Girotondo“, „Chernobyl Alto Adige – Südtirol“ und „Chernobyl Eppan-Appiano“ nach Südtirol eingeladen wurden.

4.9 Gewaltopfer

- **BZ6** – Opfer von Gewalt.

4.10 Verdacht auf HIV-Infektion

- **L1** – Personen mit Verdacht auf HIV-Infektion bzw. mit Infektionsrisiko.

4.11 Befreiung für Häftlinge

- **DE** – Für Häftlinge.

4.12 Weitere Befreiungen die auf lokaler Ebene eingeführt wurden

- **BZ1** – Personen, die an einem Lymphödem leiden;
- **BZ2** – Personen, die an Fibromyalgie leiden;
- **BZ3** – Personen, die an einer strukturellen Skoliose leiden (beschränkt auf Personen unter 18 Jahren);
- **BZ5** – Personen die am Gilles de la Tourette-Syndrom leiden;
- **PREV** – Leistungen gemäß Art. 1, Absatz 4, Buchst. a) und b) des GvD Nr. 124/1998 in geltender Fassung.
- **CP** – Prothetische Bewertung zur Abnahme von Prothesenvorrichtungen (BLR Nr. 189 vom 18.03.2025)

II. Beschreibung der Befreiungscodes, eingeschlossene Leistungen, anspruchsberechtigte Personen und Verfahren zur Ausstellung

In diesem Kapitel wird für jede Befreiungsgruppe – und gegebenenfalls für jeden einzelnen Befreiungscode – eine Übersicht zu folgenden Aspekten gegeben:

Merkmale und Rechtsgrundlagen

- **Beschreibung, Gültigkeit und Verlängerung**
Kurze Beschreibung der einzelnen Codes (innerhalb der Gruppe),
Gültigkeitsdauer der Befreiung (jährlich, unbefristet, befristet),
Verlängerungsmodalitäten (automatisch, auf Antrag, durch Eigenerklärung).
- **Eingeschlossene Leistungen**
Art der Gesundheitsleistungen, die durch die Befreiung abgedeckt sind (z. B. Facharztleistungen, instrumentaldiagnostische Untersuchungen, Laboranalysen),
Eventuelle Einschränkungen oder spezifische Bedingungen (z. B. offen, halb-offen, geschlossen).

Anspruchsberechtigte Personen

- **Kategorien und Voraussetzungen**
Beschreibung der Personen bzw. der Gruppe, die Anspruch auf Befreiung haben/hat (z. B. nach Einkommen, Alter, Krankheit, Art der Invalidität usw.),
Voraussetzungen (z. B. Einkommensgrenzen, ärztliche Bescheinigung, Anerkennung der Invalidität, Einschreibung beim Arbeitsamt, usw.).

Verfahren zur Ausstellung

- **Zuweisung des Codes**
Automatisch über das TS-System (System der Gesundheitskarte), Antrag beim Sanitätsbetrieb, Eigenerklärung.
Erforderliche Dokumente (...).

Hinweise für die Verschreibung

- Hinweise zur korrekten Angabe des Befreiungscodes auf der Verschreibung und der Angabe der Krankheit.
- Besondere Vorschriften je nach Befreiungstyp.

Gruppe 1: Befreiungen aufgrund von Krankheiten

0.1 Chronische Krankheiten

Merkmale und Rechtsgrundlagen

Das MD vom 28. Mai 1999, Nr. 329, „Verordnung zur Festlegung der Kriterien zur Identifikation chronischer und invalidisierender Krankheiten gemäß Artikel 5, Absatz 1, Buchstabe a) des gesetzesvertretenden Dekrets vom 29. April 1998, Nr. 124“, in der durch das MD vom 21. Mai 2001, Nr. 296 „Verordnung zur Aktualisierung des MDs Nr. 329/1999 ...“ (veröffentlicht im Amtsblatt Nr. 166 vom 19. Juli 2001) geänderten Fassung, **legt die Krankheitsbilder fest**, die als **chronisch und invalidisierend** gelten und somit Anspruch auf Befreiung von der Kostenbeteiligung für damit verbundene Gesundheitsleistungen gewähren.

Die **chronischen und invalidisierenden Krankheiten**, die zur Befreiung von der Kostenbeteiligung für die entsprechenden Gesundheitsleistungen berechtigen, sind im **DPMR vom 12. Januar 2017**, in den **Anlagen 8 und 8-bis**, aufgeführt. Diese Krankheiten sind größtenteils gemäß der Internationalen Klassifikation der Krankheiten **ICD-9-CM** (Clinical Modification, Ausgabe 1997) definiert. In der entsprechenden **Zuordnungstabelle** sind die **Befreiungscodes für chronische Krankheiten** den jeweiligen ICD-9-CM Codes der chronischen Krankheiten zugeordnet.

Zusätzlich zu dieser Zuordnung enthalten die **Anlagen 8 und 8bis** für jeden Befreiungscode ein sogenanntes „**Leistungspaket**“, d. h. eine Liste von Gesundheitsleistungen, die unter dem jeweiligen Befreiungscode für chronische und invalidisierende Krankheiten verschrieben werden können. Dieses Leistungspaket kann von den **Regionen bzw. den Autonomen Provinzen Trient und Bozen** durch **zusätzliche Leistungen** („Extra-WBS“) ergänzt werden.

Für chronische und invalidisierende Krankheiten bestehen die **Befreiungscodes aus drei Ziffern** (Format: oXX, wobei X eine Zahl darstellt). Eine Ausnahme bilden die „**Erkrankungen des Kreislaufsystems**“ und die „**Hypertonie**“, für die **vierstellige Codes** vorgesehen sind.

Code	Beschreibung
001-067	Personen mit chronischen und invalidisierenden Krankheiten, die gemäß DPMR vom 12. Januar 2017, Anlagen 8 und 8-bis, von der Kostenbeteiligung befreit sind.
0A02	Herzkrankheiten und Erkrankungen des Lungenkreislaufs
0B02	Zerebrovaskuläre Erkrankungen
0C02	Gefäßerkrankungen (Erkrankungen der Arterien, Arteriolen, Kapillaren, Venen und Lymphgefäße)
0A31	Arterielle Hypertonie
0031	Hypertonie mit Organschädigung
BZ4* 13	Hidradenitis suppurativa

*Mit Beschluss der Landesregierung eingeführter Code, der daher ausschließlich für Personen mit Wohnsitz in der Autonomen Provinz Bozen anwendbar ist.

Für die folgenden Befreiungscodes ist kein abschließender Leistungskatalog vorgesehen. Die verschreibende Ärztin oder Arzt bestimmt die **geeigneten Leistungen** auf Grundlage der jeweiligen **Krankheit und ihrer Komplikationen**:

- 018** Mukoviszidose
- 020** HIV-Infektion
- 040** Frühgeborene und unreife Neugeborene; termingerecht geborene Neugeborene mit Aufenthalt auf der neonatologischen Intensivstation
- 041** Neuromyelitis optica
- 046** Multiple Sklerose
- 048** Bösartige Tumore und Tumore unklaren Verhaltens

13 [Link: Beschluss der Landesregierung Nr. 439/2022](#)

- 049** Personen mit multiplen Erkrankungen, die zu einer schweren und irreversiblen Beeinträchtigung mehrerer Organe und/oder Systeme sowie zu einer altersbedingten Einschränkung der Selbstständigkeit geführt haben, basierend auf validierten Bewertungsskalen
- 050** Patienten auf Warteliste für Organtransplantation (Niere, Herz, Lunge, Leber, Pankreas, Hornhaut, Knochenmark)
- 051** Personen, die mit schweren körperlichen, sensorischen und neuropsychiatrischen Defiziten geboren wurden
- 052** Personen, die eine Transplantation erhalten haben (Niere, Herz, Lunge, Leber, Darm, Pankreas, Knochenmark)
- 053** Patienten nach Hornhauttransplantation
- 058** Organspender (geeignete Gesundheitsleistungen zur Bewertung der Funktion des verbleibenden Organs)
- 059** Zöliakie
- 064** Thalidomid-Syndrom (in den Formen: Amelie, Hemimelie, Phokomelie und Mikromelie)
- 065** Down-Syndrom
- 066** Klinefelter-Syndrom

Hinweis: Die **Gültigkeitsdauer der Befreiung** richtet sich nach der **Diagnose gemäß ICD-9-CM¹⁴** und folgt den Kriterien des **MD vom 23. November 2012¹⁵**.

Die von den lokalen Sanitätsbetrieben (ASL) ausgestellten oder erneuerten **Befreiungsbescheinigungen** dürfen **nicht kürzer gültig sein** als im Anhang¹⁶ des genannten Dekrets vorgesehen.

Die **Landesregierung** der Autonomen Provinz Bozen – Südtirol hat für bestimmte Befreiungscodes das Leistungsspektrum über die WBS hinaus erweitert und **zusätzliche Leistungen** eingeführt. Dies betrifft die folgenden Codes: oA02, oB02, oo6, oo9, o13, o13T, o21, o22, o26, o28, o30, o35, o37, o38, o44, o45, o54, o55.

Mit BLR Nr. 439/2022 wurde die Ticketbefreiung **BZ4** für die chronische und invalidisierende Erkrankung „Hidradenitis suppurativa“ eingeführt. Diese Befreiung umfasst ein festgelegtes Leistungsverzeichnis. Die Pathologie muss von den Fachärzten der dermatologischen Abteilungen der Krankenhäuser des Südtiroler Sanitätsbetriebs anerkannt und bescheinigt werden.

Anspruchsberechtigte Personen

Alle Personen mit einer der im DPMR 12.01.2017 (Anhänge 8 und 8bis) aufgeführten Krankheiten, sofern sie beim LGD/NGD eingeschrieben sind (italienische Staatsbürger, EU- und Nicht-EU-Bürger).

Für bestimmte Gruppen (z. B. STP¹⁷, ENI¹⁸) ist die Befreiung nicht vorgesehen.

Die Ticketbefreiung **BZ4** ist ausschließlich für Personen vorgesehen, die ihren Wohnsitz in der Autonomen Provinz Bozen haben und beim LGD eingeschrieben sind, sofern sie an der chronischen Krankheit „Hidradenitis suppurativa“ leiden, die zum Zeitpunkt der Ausstellung der Befreiung den Schweregrad nach Hurley-Stadium II oder III aufweist.

Verfahren zur Ausstellung

Die Befreiung von der Kostenbeteiligung bei chronischen und invalidisierenden Erkrankungen wird **auf Grundlage einer ärztlichen Bescheinigung** gewährt, die das Vorliegen der Krankheit bestätigt. Sie muss von einer Fachärztin bzw. einem Facharzt des LGD ausgestellt werden. Die Fachärztin bzw. der Facharzt ist verpflichtet, in der Bescheinigung den Diagnosecode gemäß der Klassifikation ICD-9-CM anzugeben.

Gemäß Rundschreiben Nr. 13 des Gesundheitsministeriums vom 13. Dezember 2001, „Hinweise zur Anwendung der Regelungen über die Befreiung bei chronischen und seltenen Krankheiten“, wird unter Punkt 4.1 „Anerkennung des Befreiungsanspruchs“ Folgendes festgelegt:

- Das Recht auf Befreiung wird vom lokal zuständigen Sanitätsbetrieb (ASL) des Wohnsitzes der Patientin bzw. des Patienten auf Grundlage der Krankheitsbescheinigung anerkannt;
- Die Verfahren zur Anerkennung müssen so gestaltet sein, dass jegliche Unannehmlichkeiten für die Bürgerinnen und Bürger vermieden und mehrfache Zugänge zu Gesundheitseinrichtungen verhindert werden.

14 [Link: Suchmaschine ICD-9-CM](#) “Internationale Klassifikation der Krankheiten, 9. Revision, Klinische Modifikation (ICD9CM)”

15 [Link: Ministerialdekret 23. November 2012](#)

16 [Link: Anhang 1 - MD 23. November 2012](#)

17 Die Gesundheitsversorgung für Ausländer ohne Aufenthaltserlaubnis erfolgt durch die Ausstellung einer Karte mit einem individuellen Code „STP“ (Straniero Temporaneamente Presente), der die betroffene Person für alle erbringbaren Leistungen identifiziert. Das Gesundheitssystem gewährleistet in öffentlichen und akkreditierten Einrichtungen die ambulante und stationäre Versorgung bei dringenden, wesentlichen und kontinuierlichen Behandlungen im Falle von Krankheit und Unfall.

18 Der Code „ENI“ (Europeo Non Iscritto) ist ein Instrument zum Schutz des Rechts auf Gesundheit für europäische Bürgerinnen und Bürger, auch wenn sie nicht im Nationalen Gesundheitsdienst eingeschrieben sind.

Die **Bescheinigungen**, die für die Anerkennung des Befreiungsrechts gültig sind, können nur von Fachärzten bzw. Fachärztinnen von folgenden Gesundheitseinrichtungen ausgestellt werden:

- den **Sanitätsbetrieben**;
- den **Krankenhauseinrichtungen**, einschließlich der **wissenschaftlichen Krankenhäuser und Forschungsinstitute** (IRCCS) öffentlicher und privater Natur, die gemäß Art. 1, Absatz 3 des GVD Nr. 269/1993 den Krankenhäusern gleichgestellt sind;
- den **Forschungseinrichtungen** gemäß Art. 40 des Gesetzes Nr. 833/1978;
- den **klassifizierten kirchlichen Krankenhäusern** gemäß Art. 41 des Gesetzes Nr. 833/1978;
- den **nicht klassifizierten kirchlichen Krankenhäusern** und den **privaten Einrichtungen**, die gemäß Art. 43, Absatz 2 des Gesetzes Nr. 833/1978 als „Einrichtungen der lokalen Sanitätsbetriebe“ anerkannt sind;
- den **öffentlichen Gesundheitseinrichtungen von EU-Mitgliedstaaten**.

Darüber hinaus gelten für die Anerkennung der Befreiung auch folgende Dokumente als gültig:

- Bescheinigungen medizinischer Kommissionen von Militärkrankenhäusern;
- Kopien der Krankenakte, ausgestellt von den oben genannten Einrichtungen;
- Kopien des Gutachtens, das im Rahmen der Anerkennung einer Invalidität erstellt wurde;
- Kopien der Krankenakte, ausgestellt von akkreditierten Krankenhauseinrichtungen, die im Rahmen des Nationalen Gesundheitsdienstes tätig sind.

Für Bürger mit Wohnsitz in der Provinz Bozen, die im Landesgesundheitsdienst eingeschrieben sind, wird die Befreiung **„BZ4“** vom Südtiroler Sanitätsbetrieb auf Antrag des Bürgers und gegen Vorlage, der von der dermatologischen Krankenhausabteilung ausgestellt Dokumentation gewährt. Der Antrag wird an den Schaltern der Gesundheitssprengel gestellt, wobei die Befreiung in das System der Patientenverwaltung eingetragen wird und der Bürger eine Kopie der Befreiungsbescheinigung mit dem Code **„BZ4“** mit der entsprechenden Gültigkeitsdauer von 5 Jahren¹⁹ erhält.

Hinweise für die Verschreibung

Der verschreibende Arzt bzw. die verschreibende Ärztin (AAM, KFW, Facharzt oder Fachärztin) muss **zum Zeitpunkt der Verschreibung** im dafür vorgesehenen Feld auf dem elektronischen oder roten Rezept die ersten drei bzw. vier Ziffern des Identifikationscodes der anerkannten Krankheit angeben.

Für die Liste der **verschreibbaren Leistungen** im Rahmen der einzelnen Befreiungen bei chronischen Erkrankungen wird auf **Anhang A** zum BLR vom 12.11.2024, Nr. 1011, **in geltender Fassung**, verwiesen.

0.2 Seltene Krankheiten

Merkmale und Rechtsgrundlagen

Die offizielle Definition ist in **Artikel 2 des Gesetzes vom 10. November 2021, Nr. 175** (Einheitstext über seltene Krankheiten) enthalten, der festlegt:

„Als seltene Krankheiten gelten jene Erkrankungen – einschließlich solchen genetischen Ursprungs – die eine geringe Prävalenz aufweisen. Im Sinne dieses Gesetzes bedeutet geringe Prävalenz eine Häufigkeit von **weniger als fünf Personen pro zehntausend Einwohner**. [...] Als ultra-seltene Krankheiten gelten jene mit einer Prävalenz von weniger als einer Person pro fünfzigtausend Einwohner.“

Die **Europäische Union** unterstützt seit dem Beginn des **Gemeinschaftsaktionsprogramms zu seltenen Krankheiten (1999–2003)**²⁰ die Entwicklung und Arbeit von **Orphanet**²¹, dem Portal für seltene Krankheiten und Orphan-Arzneimittel. Das **MD Nr. 279/2001** identifizierte zunächst **248 seltene Krankheiten und Krankheitsbilder**, die jeweils durch einen **alphanumerischen Code** gekennzeichnet sind. Mit dem **DPMR vom 12. Januar 2017**, das die Überarbeitung der WBS zum Gegenstand hatte, wurde ein **neues Verzeichnis seltener Krankheiten** eingeführt, das jenes des DM 279/2001 vollständig ersetzt.

Der **Anhang 7** des genannten DPMR enthält eine detaillierte Auflistung der Befreiungscodes, die den einzelnen seltenen Krankheiten zugeordnet sind, zusammen mit der **klinischen Beschreibung** der jeweiligen Krankheit. Diese dienen der Anerkennung des Anspruchs auf Befreiung von der Kostenbeteiligung für die damit verbundenen Gesundheitsleistungen.

Im Jahre 2008 wurde beim „Istituto Superiore di Sanità“ das **Nationale Zentrum für seltene Krankheiten**²² eingerichtet.

19 BLR Nr. 439/2022, Anlage A „Richtlinien“ – Modalitäten für die Ausstellung und Verwaltung des Befreiungscodes BZ4.

20 [Link: Beschluß Nr. 1295/1999/EG - Aktionsprogramm für seltene Krankheiten](#)

21 [Link: Orphanet](#)

22 [Link: Nationales Zentrum für seltene Krankheiten - Istituto Superiore di Sanità](#)

Code	Beschreibung
R99	Leistungen bei Verdacht auf eine seltene Krankheit (gemäß Art. 5 Abs. 2 des MD 279/2001)
RA... bis RP...	Der Buchstabe „R“ am Anfang eines Codes kennzeichnet eine seltene Krankheit. Ein zweiter Buchstabe gibt den Bereich der ICD-9-CM-Klassifikation an, dem die jeweilige Krankheit zugeordnet ist. Darauf folgt die Ziffer „0“, wenn es sich um eine einzelne Krankheit handelt, oder der Buchstabe „G“, wenn der Code eine Gruppe von Krankheiten bezeichnet. Die nachfolgenden Zeichen stehen für die fortlaufende Nummerierung der seltenen Krankheiten.

Seit dem Jahr 2001, mit dem Erlass des **MD Nr. 279 vom 18. Mai 2001**²³, das erstmals eine Liste seltener Krankheiten festgelegt hat, haben Personen, die von einer seltenen Krankheit betroffen sind, **Anspruch auf die Ticketbefreiung für alle Leistungen, die geeignet und wirksam für die Behandlung und Überwachung der festgestellten seltenen Krankheit sowie zur Verhinderung weiterer Verschlechterungen** sind.

Angesichts der Kostenintensität und Komplexität des diagnostischen Prozesses bei seltenen Krankheiten werden zusätzlich folgende Leistungen kostenfrei erbracht:

- Für die Diagnose notwendige Leistungen, die in den **Referenzzentren des nationalen Netzwerks für seltene Krankheiten**²⁴ durchgeführt werden, basierend auf einem diagnostischen Verdacht, der von einer Fachärztin bzw. einem Facharzt des Nationalen Gesundheitsdienstes (SSN) geäußert wurde;
- Alle geeigneten und wirksamen Leistungen zur Behandlung und Überwachung der festgestellten seltenen Krankheit sowie zur Verhinderung weiterer Komplikationen;
- **Genetische Untersuchungen bei Familienangehörigen der betroffenen Person**, sofern diese für die Diagnose einer genetisch bedingten seltenen Krankheit erforderlich sind.

Tatsächlich sind die meisten seltenen Krankheiten genetischen Ursprungs, und deren Feststellung erfordert mitunter **komplexe und kostenintensive Untersuchungen**, die auch auf die Angehörigen der betroffenen Person ausgeweitet werden müssen. Aufgrund der großen klinischen Variabilität seltener Krankheiten ist der Katalog der kostenfrei erbrachten Leistungen nicht abschließend definiert.

Die verschreibende Ärztin bzw. der verschreibende Arzt bestimmt die Leistungen fallbezogen auf Grundlage der klinischen Situation. Das Gesetz vom 10. November 2021, Nr. 175 legt fest, dass der Anspruch auf Befreiung alle bereits in den WBS vorgesehenen oder als lebensnotwendig eingestuften Behandlungen umfasst, sofern diese im individuellen diagnostisch-therapeutischen Behandlungsplan enthalten und als essenziell eingestuft sind.

Anspruchsberechtigte Personen

Alle Personen, bei denen ein diagnostischer Verdacht auf eine seltene Krankheit besteht oder die von einer oder mehreren seltenen Krankheiten betroffen sind, die im Anhang 7 des DPMR vom 12.01.2017 aufgeführt sind, haben Anspruch auf Befreiung von der Kostenbeteiligung, sofern sie beim Nationalen oder Landesgesundheitsdienst (NGD/LGD) eingeschrieben sind (italienische Staatsbürger, EU-Bürger und Nicht-EU-Bürger).

Darüber hinaus haben auch Arbeitnehmer und deren unterhaltsberechtigzte Familienangehörige mit italienischem Rechtsanspruch, die sich vorübergehend in Italien aufhalten, Anspruch auf die Befreiung.

Verfahren zur Ausstellung

Das Recht auf Ticketbefreiung wird vom lokal zuständigen Sanitätsbetrieb („ASL“) am Wohnsitz der Patientin bzw. des Patienten auf Grundlage der Diagnose anerkannt, die von einem **Referenzzentrum des nationalen Netzwerks für seltene Krankheiten** ausgestellt wurde, das auf die jeweilige Krankheit oder Krankheitsgruppe spezialisiert ist.

Das Landesweite Koordinierungszentrum für seltene Krankheiten in Bozen²⁵ ist die Anlaufstelle für Beratungen und/oder Anfragen zu diesem Thema.

Hinweise für die Verschreibung

Der verschreibende Arzt oder die verschreibende Ärztin (AAM, KFW, Facharzt/Fachärztin) muss den vollständigen Befreiungscode auf der Verschreibung angeben. Alle Leistungen, die mit der seltenen Krankheit in Zusammenhang stehen, können in Befreiung verschrieben werden.

²³ Link: [Ministerialdekret Nr. 279/2001](#)

²⁴ Gesundheitsministerium, Liste der gesamtstaatlichen Referenzzentren: www.malattierare.gov.it

²⁵ Link: [Landesgesundheitsbeobachtung für seltene Krankheiten](#)

Gruppe 2: Befreiungen aufgrund von Invalidität

2.1 Zivilinvalidität

Merkmale und Rechtsgrundlagen

Gemäß der geltenden Gesetzgebung²⁶ wird eine Person als Zivilinvalid definiert, wenn sie sich in einer der folgenden Situationen befindet:

- Person im Alter zwischen 18 und 65 Jahren, die an körperlichen oder psychischen Leiden leidet, die dauerhaft und nicht weiter verbesserbar sind und eine **Verminderung der allgemeinen Arbeitsfähigkeit** von **mindestens 34 %** oder einen **vollständigen Verlust** derselben zur Folge haben;
- **Minderjährige** oder **Personen über 65 Jahre**, die anhaltende Schwierigkeiten bei der Ausführung alltäglicher Lebensverrichtungen haben oder nicht selbstständig sind;
- Personen, die als zivil blind oder gehörlos anerkannt sind.

Von dieser Definition ausgeschlossen sind Invaliditäten, die auf Kriegs-, Dienst- oder Arbeitsursachen zurückzuführen sind, da diese bereits durch eigene Regelungen und entsprechende medizinische Betreuungspfade abgedeckt sind.

Das Land Südtirol hat kraft ihrer statutarischen Zuständigkeit mit LG. vom 21. August 1978, Nr. 46²⁷, mit dem Titel „Maßnahmen betreffend Zivilinvaliden, Zivilblinde und Gehörlose“ die Fürsorge- und Vorsorgemaßnahmen zugunsten der genannten Kategorien eigenständig geregelt.

Gemäß Artikel 10 des eben genannten Landesgesetzes ist der Antrag auf Feststellung der Zivilinvalidität direkt beim **Dienst für Rechtsmedizin** des Südtiroler Sanitätsbetriebs einzureichen. Die Feststellung des medizinischen Anspruchs erfolgt durch eine ärztliche Untersuchung, die von einer eigens eingerichteten **Ärztelkommission** durchgeführt wird. Diese Kommission ist mit der klinischen und dokumentarischen Bewertung der antragstellenden Person betraut.

Die Ärztelkommission stellt für jede Invaliditätskategorie die folgenden Elemente fest²⁸:

Für Zivilinvaliden:

- den Grund der Invalidität;
- den Grad der Behinderung;
- die etwaige absolute Bewegungsunfähigkeit von Zivilinvaliden, die Unfähigkeit, ohne ständige Hilfe eines Begleiters zu gehen, oder die Unfähigkeit, die Handlungen des täglichen Lebens vorzunehmen, mit der daraus folgenden Notwendigkeit, ständig betreut zu werden.

Für Zivilblinde:

- das restliche Sehvermögen auf einem oder auf beiden Augen, gegebenenfalls bei Verwendung eines Sehbehelfs, oder die vollständige Blindheit.

Für Gehörlose:

- die Taubstummheit, die nicht auf ausschließlich psychische Ursachen zurückzuführen ist.

Bei den Bewertungen der Zivilinvalidität wendet die Ärztelkommission die richtungsweisende Tabelle an, in der die Prozentsätze der Invalidität, gemäß Artikel 2 des Gesetzes vom 11. Februar 1980, Nr. 18, in geltender Fassung, angegeben sind.

Die Befreiung von der Zahlung des Tickets bezieht sich auf sämtliche Leistungen der ambulanten Facharztversorgung, der Instrumentaldiagnostik und der Laboruntersuchungen sowie auf alle weiteren in den **WBS** enthaltenen Leistungen.

²⁶ Link: [MD 1.2.1991 - Neufestlegung der Krankheitsformen, die Anspruch auf Ticketbefreiung gewähren.](#)

²⁷ Link: [Landesgesetz vom 21. August 1978, Nr. 46](#)

²⁸ LG Nr. 461/78, Art. 11: „Bei den Untersuchungen betreffend Zivilinvaliden wendet die in Artikel 10 genannte Sanitätskommission die Richttafel der Invaliditätsgrade gemäß Artikel 2 des Gesetzes vom 11. Februar 1980, Nr. 18, sowie deren allfällige spätere Änderungen und Anpassungen an.“

Code	Beschreibung
Co1	Vollinvaliden ohne Anspruch auf Begleitungszulage (gemäß Art. 6 MD vom 1. Februar 1991)
Co2	Vollinvaliden mit Anspruch auf Begleitungszulage (gemäß Art. 6 MD vom 1. Februar 1991)
Co3	Zivilinvaliden mit einer Invalidität von mehr als zwei Dritteln, d. h. mit einem Invaliditätsgrad von 67 % bis 99 % (gemäß Art. 6 MD vom 1. Februar 1991)
Co4	Minderjährige Zivilinvaliden, welche die Besuchszulage erhalten gemäß Art. 1 Gesetz Nr. 289/1990 (gemäß Art. 5 GvD Nr. 124/1998)
Co5	Vollblinde oder Blinde mit binokularem Sehrestvermögen bis zu 1/10 für beiden Augen – mit eventuellem Ausgleich – von einer spezifischen Kommission beglaubigt (gemäß Art. 6 MD vom 1. Februar 1991)
Co6	Gehörlose (Personen, die seit Geburt, oder vor der Erlernung der Sprache unter Taubheit leiden) laut MD 01.02.1991, Art. 6, Absatz 1, Buchstabe F (gemäß Art. 7 des Ges. Nr. 482 vom 02.04.1968)

Anspruchsberechtigte Personen:

Für den Zugang zu den vorgesehenen Leistungen muss der Antragsteller die folgenden allgemeinen Voraussetzungen²⁹ erfüllen:

- 1. Italienische Staatsbürgerschaft;**
- 2. Wohnsitz in Südtirol** mit gleichzeitiger Einschreibung beim **LGD**;
- 3. Fehlen von bereits anerkannten Befreiungscodes** aufgrund von Invalidität infolge von Kriegs-, Dienst- oder Arbeitsursachen.

Für die Gewährung der Leistungen werden **Staatsangehörige eines Mitgliedstaates der EU den italienischen Staatsbürgern gleichgestellt**, insofern sie in der Provinz Bozen ihren Wohnsitz haben und beim LGD eingeschrieben sind, weil sie in Italien eine unselbständige oder selbständige Erwerbstätigkeit ausüben oder ausgeübt haben oder Familienangehörige eines Arbeitnehmers der Europäischen Union sind. Diese Voraussetzung ist durch eine **Ersatzerklärung** gemäß D.P.R. vom 28. Dezember 2000, Nr. 445, nachzuweisen.

Verfahren zur Ausstellung

Hat die Ärztekommision einer Person eine **Bescheinigung über den Status der Zivilinvalidität** ausgestellt, aus dem sich das Recht auf Befreiung von der Zahlung des Tickets ergibt, so ist die betroffene Person verpflichtet, sich an den **Schalter des zuständigen Gesundheitssprengels** zu wenden, wo die Befreiung sowie deren **Geltungsdauer** registriert wird.

Die **Gültigkeitsdauer** der Befreiung aufgrund von Zivilinvalidität variiert:

- Sie ist **unbefristet** bei **permanenter Vollinvalidität (100 %)** (z. B. bei Vollblinden);
- bei geringeren Invaliditätsgraden beträgt sie **10 Jahre**, vorbehaltlich einer etwaigen Überprüfungspflicht.

Hinweise für die Verschreibung

Der verschreibende Arzt bzw. die verschreibende Ärztin (AAM, KFW, Facharzt/-ärztin) gibt in dem eigens dafür vorgesehenen Feld der Verschreibung den entsprechenden Befreiungscode an.

²⁹ Art. 4 LG 21. August 1978, Nr. 46, in geltender Fassung

2.2 Kriegsinvalidität

Merkmale und Rechtsgrundlagen

Der Befreiungscode **Go1** kennzeichnet die Befreiung von der Kostenbeteiligung für **sämtliche Gesundheitsleistungen** zugunsten von:

- Kriegsinvaliden mit Anspruch auf lebenslange Renten;
- Personen, die in Vernichtungslagern deportiert wurden;
- Italienische antifaschistische Politiker, die politisch verfolgt wurden (auch rassistisch motiviert) sowie deren überlebende Familienangehörige;
- Inhaber einer Ehrenpension auf Lebenszeit.

Der Code **Go2** hingegen, gewährt die Befreiung von der Zahlung des Tickets **nur für die Leistungen, die in direktem Zusammenhang mit der Erkrankung stehen**, welche den Invaliditätsstatus bei den oben genannten Personen verursacht hat.

Code	Beschreibung
Go1	Kriegsinvaliden der 1. bis 5. Kategorie, die eine Leitpension bekommen und in ein Konzentrationslager deportiert wurden (gemäß Art. 6 MD vom 1. Februar 1991).
Go2	Kriegsinvaliden der 6. bis 8. Kategorie (Art. 6, Abs. 2, Buchstabe A des MD 01.02.1991)

Anspruchsberechtigte Personen:

Nur Kriegsrentner bzw. Kriegsrentnerinnen, die Inhaber bzw. Inhaberinnen einer lebenslangen Leitpension³⁰ sind (einschließlich der Hinterbliebenen, beschränkt auf den Ehegatten und die Kinder und, falls diese fehlen, die Eltern), vorbehaltlich einer Bescheinigung des Hausarztes über die therapeutische Notwendigkeit. Gültigkeitsdauer: Unbegrenzt.

Hinweise für die Verschreibung

Der verschreibende Arzt oder die verschreibende Ärztin (AAM, KFW, Facharzt/-ärztin) gibt in dem eigens dafür vorgesehenen Feld der ärztlichen Verschreibung den entsprechenden Befreiungscode an.

³⁰ DPR Nr. 915/1978 „Art. 2 – Militärangehörige oder diese Gleichgestellten“

Den Militärangehörigen der Streitkräfte, den Angehörigen der Hilfskorps oder -dienste, den freiwilligen Krankenschwestern des Italienischen Roten Kreuzes sowie denjenigen, die gemäß dem Königlichen Gesetzesdekret vom 30. März 1943, Nr. 123, kraft Gesetzes die Eigenschaft „militarisiert“ erlangen, welche im Krieg Verletzungen oder Verwundungen erlitten oder Krankheiten erworben haben, aus denen ein Verlust oder eine Minderung der allgemeinen Arbeitsfähigkeit hervorgegangen ist, und deren Angehörigen, wenn aus den genannten Verletzungen, Verwundungen oder Krankheiten der Tod resultiert ist, werden Kriegsrenten, -zulagen oder -entschädigungen verliehen, unter den Bedingungen, in der Art und Weise sowie in der Reihenfolge, die durch die Vorschriften des vorliegenden Einheitstextes bestimmt sind“.

2.3 Arbeitsinvalidität

Merkmale und Rechtsgrundlagen

Die Invalidität infolge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit kann zur Anerkennung des Rechts auf Befreiung von der Kostenbeteiligung im Gesundheitswesen (Ticket) führen, wobei die Modalitäten und der Umfang der Kostenübernahme je nach anerkanntem Invaliditätsgrad variieren.

Gemäß dem MD vom 1. Februar 1991 kann die Befreiung wie folgt ausgestaltet sein:

- **Vollständig, für sämtliche Gesundheitsleistungen**, bei Personen, die als Schwerstinvaliden des Arbeitslebens (Invaliditätsgrad zwischen 80 % und 100 %) oder Arbeitsinvaliden (Invaliditätsgrad zwischen 67 % und 79 %) eingestuft sind;
- **Teilweise, beschränkt auf spezifische Leistungen** und Arzneimittel, die in direktem Zusammenhang mit der invalidisierenden Erkrankung stehen, bei Personen mit einem anerkannten Invaliditätsgrad zwischen 1 % und 66 %.

Code	Beschreibung
Lo1	Schwerbehinderte Arbeitsinvaliden – von 80% bis 100% (Art. 6, Absatz 1, Buchstabe B des MD 01.02.1991)
Lo2	Arbeitsinvaliden mit verminderter Arbeitsfähigkeit > 2/3 - von 67% bis 79% Invalidität - (gemäß Art. 6, Abs. 1, Bst. B des MD vom 01.02.1991)
Lo3	Arbeitsinvaliden mit verminderter Arbeitsfähigkeit < 2/3 - von 1 % bis 66 % Invalidität - (gemäß Art. 6, Abs. 2, Bst. B des MD vom 01.02.1991)
Lo4	Arbeitsgeschädigte oder an Berufskrankheiten leidende Personen (gemäß Art. 6, Absatz 2, Buchstabe C des MD vom 01.02.1991)

Anspruchsberechtigte Personen

Personen, denen das **INAIL**³¹ den Status „Arbeitsinvalide“, „Arbeitsunfallgeschädigter“ oder „Von Berufskrankheit Betroffener“ anerkannt und die entsprechende Invaliditätsbescheinigung ausgestellt hat. Anspruchsberechtigt sind italienische Staatsbürger, EU-Bürger und ausländische Staatsangehörige, sofern sie beim Nationalen Gesundheitsdienst (SSN) eingeschrieben sind.

Ausstellung der Befreiung

Die betroffene Person hat sich an den Schalter des zuständigen Gesundheitssprengels zu wenden, wo die Befreiung auf Grundlage der vom INAIL ausgestellten Unterlagen eingetragen wird.

Für Schwerstinvaliden des Arbeitslebens (80–100 % Invalidität) sowie für Arbeitsinvaliden mit einer Minderung der Arbeitsfähigkeit von mehr als zwei Dritteln (67–79 % Invalidität) ist die Befreiung unbefristet und gilt für alle Leistungen der Instrumentaldiagnostik, der Laboruntersuchungen sowie für alle weiteren Fachleistungen, die in den WBS enthalten sind.

Für Arbeitsinvaliden mit einem Invaliditätsgrad zwischen 1 % und 66 % sowie für Arbeitsunfallgeschädigte oder von Berufskrankheit Betroffene ist die Befreiung nur teilweise, d.h. beschränkt auf die Leistungen, die in direktem Zusammenhang mit der Erkrankung stehen, welche die Invalidität verursacht hat. Die Dauer der Befreiung ist potenziell auch unbefristet, unterliegt jedoch periodischen Überprüfungen durch den Sanitätsbetrieb.

Hinweise für die Verschreibung

Der verschreibende Arzt bzw. die verschreibende Ärztin (AAM, KFW, Facharzt/-ärztin des Landesgesundheitsdienstes) gibt in dem eigens dafür vorgesehenen Feld der ärztlichen Verschreibung den entsprechenden Befreiungscode an.

31 INAIL Gesamtstaatliches Institut für Versicherungen gegen Arbeitsunfälle.

2.4 Dienstinvalidität

Merkmale und rechtliche Grundlagen

Die Invalidität **aus Dienstgründen** wird durch das **DPR Nr. 461/2001**³² genormt, das die Feststellung der Dienstursachen, die dienstbedingte Erkrankung sowie die Gewährung der **angemessenen Entschädigung** regelt. Sie betrifft **Bedienstete oder Angestellte öffentlicher Verwaltungen**³³, einschließlich Führungskräfte, sowie Angehörige der **Polizeikräfte** (auch mit militärischer Organisation) und der **Streitkräfte**.

Die Bescheinigung des Invaliditätsgrades erfolgt durch die **Ärztekommission** und den **Ausschuss**, die innerhalb der genannten öffentlichen Verwaltungen eingerichtet sind.

Code	Beschreibung
So1	Schwerstinvaliden aus Dienstgründen der 1. Kategorie, Inhaber einer spezifischen Pension (gemäß Art. 6 MD vom 1. Februar 1991).
So2	Invaliden aus Dienstgründen der Kategorien 2 bis 5 (gemäß Art. 6 MD vom 1. Februar 1991).
So3	Invaliden aus Dienstgründen der Kategorien 6 bis 8 (gemäß Art. 6 MD vom 1. Februar 1991).

Anspruchsberechtigte Personen

Bedienstete oder Angestellte „öffentlicher Verwaltungen“ gemäß Art. 1, Absatz 1 des GD vom 30. März 2001, n. 165, einschließlich Führungskräfte, sowie Angehörige der Polizeikräfte (auch mit militärischer Organisation) und der Streitkräfte.

Ausstellung der Befreiung

Für die Codes So1–So3 hat sich die betroffene Person an den Schalter des zuständigen Gesundheitsbezirks zu wenden, wo die Befreiung auf Grundlage der von der zuständigen Ärztekommision ausgestellten Unterlagen, registriert wird.

Für Schwerstinvaliden aus Dienstgründen der 1. Kategorie, Inhaber einer spezifischen Pension, sowie für Invaliden aus Dienstgründen der Kategorien 2 bis 5 ist die Befreiung unbefristet und gilt für alle ambulanten fachärztlichen Leistungen, Leistungen der Instrumentaldiagnostik und der Laboruntersuchungen, die in den WBS enthalten sind.

Für Invaliden aus Dienstgründen der Kategorien 6 bis 8 ist die Befreiung nur teilweise, d. h. beschränkt auf die Leistungen, die in direktem Zusammenhang mit der Erkrankung stehen, welche die Invalidität verursacht hat. Die Dauer kann unbefristet sein, ist jedoch der Überprüfung und Aktualisierung unterworfen.

Hinweise für die Verschreibung

Der verschreibende Arzt bzw. die verschreibende Ärztin (AAM, KFW, Facharzt oder Fachärztin des Landesgesundheitsdienstes) trägt den anerkannten Befreiungscode im entsprechenden Feld der ärztlichen Verschreibung ein.

32 Link: [D.P.R. 29 ottobre 2001, n. 461](#) "Regolamento recante semplificazione dei procedimenti per il riconoscimento della dipendenza delle infermità da causa di servizio, per la concessione della pensione privilegiata ordinaria e dell'equo indennizzo, nonché per il funzionamento e la composizione del comitato per le pensioni privilegiate ordinarie".

33 "Öffentliche Verwaltungen", hier gemäß Art.1 Absatz 2, des [GVD vom 30. März 2001, Nr. 165](#)

2.5 Opfer von Terrorismus und in Ausübung der Pflicht³⁴

Merkmale und rechtliche Grundlagen

Mit dem Gesetz vom 3. August 2004, Nr. 206³⁵ werden Personen, die infolge von terroristischen Handlungen oder Massakern **ähnlicher Art eine dauerhafte Invalidität von mindestens 80 % der Arbeitsfähigkeit** erlitten haben, in jeder Hinsicht den Schwerstinvaliden des Krieges gemäß Artikel 14 des Einheitstextes (D.P.R. vom 23. Dezember 1978, Nr. 915) gleichgestellt.

Art. 9: „Die Invaliden, die Opfer von Terrorakten und Massakern dieser Art geworden sind, sowie deren Familienangehörige – einschließlich der Familienangehörigen der Verstorbenen, beschränkt auf den Ehegatten und die Kinder und, in Ermangelung der vorgenannten, auf die Eltern – sind von der Kostenbeteiligung für jede Art von gesundheitlicher und pharmazeutischer Leistung befreit.“

Weitere Rechtsquellen:

- Gesetz Nr. 302/1990, in der Fassung des Gesetzes Nr. 206/2004 (gemäß Art. 5 Abs. 6 des GvD Nr. 124/1998), das die wirtschaftlichen und sozialversicherungsrechtlichen Leistungen zugunsten der Opfer von Terroranschlägen regelt;
- Gesetz vom 3. August 2004, Nr. 243, Art. 4, das als ergänzende Rechtsgrundlage für die einschlägigen Leistungsansprüche fungiert;
- Gesetz Nr. 266/2005, Art. 1 Absätze 563 und 564, mit dem der einheitliche Rechtsbegriff der „Opfer der Pflicht“ (vittime del dovere) eingeführt wurde;
- D.P.R. Nr. 243 vom 7. Juli 2006, das die einschlägigen Leistungen sowie deren Ausdehnung auf die hinterbliebenen Familienangehörigen der Opfer der Pflicht festlegt.

Code	Beschreibung
Vo1	Opfer von Terrorismus, organisierter Kriminalität, und in Ausübung der Pflicht (Invalidität < 80 %) und deren Familienangehörige.
Vo2	Opfer des Terrorismus und ähnlicher Verbrechen mit Invalidität > 80% und ihre Familienangehörige (laut Art. 4, G. 3.8.2004, Nr. 243)

Anspruchsberechtigte Personen

Alle Personen, die eine dauerhafte Invalidität jeglichen Ausmaßes und Grades der Arbeitsfähigkeit erlitten haben, verursacht durch Terrorakte und Massaker dieser Art, sowie deren Familienangehörige, einschließlich Hinterbliebener, beschränkt auf den Ehepartner und die Kinder, auch volljährig, und in deren Abwesenheit die Eltern, unabhängig davon, ob sie öffentlich oder privat beschäftigt oder selbständig tätig sind. Anspruchsberechtigt sind italienische Staatsbürger, EU-Bürger sowie ausländische Staatsangehörige, sofern sie im NGD eingeschrieben und in Italien ihren Wohnsitz haben.

Ausstellung der Befreiung

Die betroffene Person hat sich an das Schalter des zuständigen Gesundheitssprengels zu wenden, wo die Befreiung von der Ticketzahlung auf Grundlage, der von der zuständigen ärztlichen Kommission ausgestellten Unterlagen registriert wird. Die Gültigkeit der genannten Befreiungen ist unbegrenzt.

Hinweise für die Verschreibung

Der verschreibende Arzt bzw. die verschreibende Ärztin (AAM, KFW, Facharzt oder Fachärztin des Landesgesundheitsdienstes) trägt den anerkannten Befreiungscode im entsprechenden Feld der ärztlichen Verschreibung ein.

34 Der Begriff „Opfer der Pflicht“ („vittime del dovere“) ist in Art. 1, Abs. 563 des [Gesetzes Nr. 266/2005](#) definiert. Danach handelt es sich um: „Alle öffentlichen Bediensteten, die während der Dienstausbübung oder bei der Wahrnehmung dienstlicher Aufgaben infolge direkter Verletzungen dauerhaft invalide geworden oder verstorben sind, wenn diese Verletzungen durch bestimmte Ereignisse verursacht wurden.“

35 [Gesetz 3. August 2004 Nr. 206 – „Nuove norme in favore delle vittime del terrorismo e delle stragi di tale matrice“](#)

2.6 Gesundheitsschäden durch Impfungen, Transfusionen, Blutprodukte

Merkmale und rechtliche Grundlagen

Das Gesetz erkennt einen Anspruch auf Entschädigung für Personen an, die infolge von Pflichtimpfungen, Bluttransfusionen oder der Verabreichung von Blutprodukten einen dauerhaften Schaden erlitten haben³⁶. Die Gültigkeitsdauer dieser Befreiung ist unbegrenzt.

Code	Beschreibung
No1	Patienten, die an irreversiblen Komplikationen aufgrund von Pflichtimpfungen, Transfusionen und der Verabreichung von Blutprodukten leiden (gemäß Art. 1, Absatz 5, Buchstabe d des GD Nr. 124/1998).

Anspruchsberechtigte Personen

Italienische Staatsbürger, die beim NGD/LGD eingeschrieben sind und über öffentliche Gesundheitsstrukturen Pflichtimpfungen sowie Bluttransfusionen oder die Verabreichung von Blutprodukten erhalten haben.

Ausstellung der Befreiung

Die betroffenen Personen, die die Entschädigung gemäß Artikel 1 Absatz 1 des GD 124/98 beantragen möchten, müssen ihre Anträge innerhalb einer Ausschlussfrist von drei Jahren im Falle von Impfungen oder oder posttransfusionellen Hepatitisserkrankungen bzw. von zehn Jahren im Falle von HIV-Infektionen beim zuständigen Sanitätsbetrieb einreichen, wobei die Anträge an den Gesundheitsminister zu richten sind.

Die Fristen beginnen ab dem Zeitpunkt, an dem der Anspruchsberechtigte auf Grundlage, der in den Absätzen 2 und 3 genannten Unterlagen, Kenntnis von dem Schaden erlangt hat³⁷.

Der Sanitätsbetrieb führt innerhalb von **90 Tagen** ab dem Datum der Antragstellung die **Sachprüfung der Anträge** sowie die Einholung des Gutachtens durch. Das medizinische Urteil über den **Kausalzusammenhang** zwischen der Impfung, der Bluttransfusion, der Verabreichung von Blutprodukten, dem Kontakt mit Blut und Blutderivaten im Rahmen einer Diensttätigkeit und der Beeinträchtigung der psychophysischen Integrität oder dem Tod wird von der **fachärztlichen Kommission** abgegeben. Die Kommission erstellt ein **Protokoll der durchgeführten Untersuchungen** und formuliert die **diagnostische Beurteilung der festgestellten Krankheiten und Verletzungen**.

Gegen das Urteil der Kommission ist **Beschwerde beim Gesundheitsminister** zulässig. Die Beschwerde ist **innerhalb von 30 Tagen** nach Zustellung oder nach Kenntnisnahme des Urteils einzureichen. Innerhalb von **drei Monaten** nach Einreichung der Beschwerde entscheidet der Gesundheitsminister nach Anhörung des **Dienstes für Rechtsmedizin** über die Beschwerde und teilt die Entscheidung dem Beschwerdeführer **innerhalb von 30 Tagen** mit.

Hinweise für die Verschreibung

Der verschreibende Arzt bzw. die verschreibende Ärztin (AAM, KFW, Facharzt oder Fachärztin des LGD) trägt den anerkannten Befreiungscode im entsprechenden Feld des elektronischen oder roten Rezepts ein.

36 Link: [Legge 210/1992](#), Art. 1, comma 1 “Chiunque abbia riportato, a causa di vaccinazioni obbligatorie per legge o per ordinanza di una autorità sanitaria italiana, lesioni o infermità, dalle quali sia derivata una menomazione permanente della integrità psico-fisica, ha diritto ad un indennizzo da parte dello Stato, alle condizioni e nei modi stabiliti dalla presente legge”.

37 Gesetz 210/1992, Art. 3 Absatz 1

Gruppe 3: Befreiungen aufgrund von Einkommen (Alter oder sozialer Lage)

3.1 Befreiung nach Einkommen und Alter

Merkmale und rechtliche Grundlagen

Die Befreiungen nach Einkommen ermöglichen dem Bürger eine vollständige oder teilweise Befreiung von der Zahlung des Tickets. Die Befreiung aufgrund des Einkommens – mit Ausnahme der für arbeitslose Personen (**E02**) und für bedürftige Personen (**E99**) vorgesehenen – wird den Anspruchsberechtigten auf Grundlage der von der Agentur für Einnahmen über das „System Gesundheitskarte“ („Sistema TS“) übermittelten Informationen gewährt und wird in das lokale System für die Verwaltung der Betreuten eingetragen. Hinsichtlich der anderen einkommensabhängigen Befreiungen, die mit Beschlüssen der Landesregierung aktiviert wurden und nur für Personen gelten, die beim LGD eingeschrieben sind (**E11**, **E22**), erfolgt die Anerkennung mangels entsprechender Informationen des Systems Gesundheitskarte mittels Eigenerklärung des Betroffenen.

Die Anerkennung der ausschließlich in Südtirol geltenden Befreiung **E12** für Personen unter 14 Jahren erfolgt automatisch, und das Befreiungsrecht erlischt mit Vollendung des 14. Lebensjahres³⁸. **Personen über 65 Jahre**, die die Voraussetzungen für die Anerkennung der Befreiungen **E01** und **E11** erfüllen, müssen die Eigenerklärung nur einmal bei der Antragstellung vorlegen; die Befreiung ist anschließend unbefristet gültig³⁹.

Code	Beschreibung
E01	Personen unter 6 Jahre oder über 65 Jahre mit Familieneinkommen unter 36.151,98 Euro (laut Art. 8, Absatz 16, des Gesetzes Nr. 537/1993, in geltender Fassung)
E02	Arbeitslose - und ihre zu Lasten lebende Familienmitglieder - mit Familieneinkommen unter 8.263,31 Euro erhöht auf 11.362,05 Euro bei Anwesenheit des Ehegatten und um weitere 516,46 Euro für jedes zu Lasten lebende Kind (laut Art. 8, Absatz 16, des Gesetzes Nr. 537/1993, in geltender Fassung)
E03	Inhaber einer Sozialunterstützung (ehem. Sozialrente) - und ihre zu Lasten lebende Familienangehörige (laut Art. 8, Absatz 16, des Gesetzes Nr. 537/1993, in geltender Fassung)
E04	Inhaber einer Mindestrente und mit Alter über 60 Jahre - und ihre zu Lasten lebende Familienmitglieder - mit Familieneinkommen unter 8.263,31 Euro erhöht auf 11.362,05 Euro bei Anwesenheit des Ehegatten und um weitere 516,46 Euro für jedes zu Lasten lebende Kind (laut Art. 8, Absatz 16, des Gesetzes Nr. 537/1993, in geltender Fassung)
E11*	In Südtirol ansässige Personen über 65 Jahre mit einem Familieneinkommen zwischen Euro 36.151,98 und Euro 40.000,00
E12*	Kinder < 14 Jahre, unabhängig vom Einkommen.
E22*	Zu Lasten lebende Kinder (laut BLR Nr. 1862 vom 27. Mai 2002, in geltender Fassung) ab dem 14. Geburtstag.

*Mit Beschluss der Landesregierung eingeführte Codes, die daher ausschließlich für Personen mit Wohnsitz in der Autonomen Provinz Bozen anwendbar sind.

³⁸ BLR Nr. 214/2022, Beschließender Teil, Punkt 8 b)

³⁹ Ebd. beschließender Teil, Punkt 8 a)

Als **Gesamteinkommen** gilt das **Einkommen vor Abzug der abzugsfähigen Aufwendungen**, einschließlich des im Ausland erzielten Einkommens, sofern es in Italien steuerpflichtig ist. Nicht Bestandteil des Gesamteinkommens sind Einkünfte, die einer getrennten Besteuerung unterliegen (z. B. Rentennachzahlungen, Abfertigungen usw.). Das Einkommen aus der Erstwohnung des Betroffenen ist bei der Berechnung für die Befreiung auszuschließen.

Für die **Bestimmung der Familienangehörigen** ist das **steuerliche Kriterium** maßgeblich. Zur Familiengemeinschaft gehören daher der **nicht rechtlich und tatsächlich getrennte Ehegatte** sowie die Personen, für die **steuerliche Begünstigungen** zustehen (gemäß MD vom 22.01.1993).

Als „unterhaltsberechtig“ gelten auch Personen, die **nicht mit dem Steuerpflichtigen zusammenleben oder im Ausland wohnen**, darunter:

- der nicht getrennte Ehegatte;
- die Kinder (einschließlich adoptierter, anvertrauter oder affilierter Kinder), unabhängig von Alter, oder ob sie einem Studium oder unbezahltem Praktikum nachgehen. Diese fallen steuerlich nie in die Kategorie „andere Familienangehörige“.

Als steuerlich **unterhaltsberechtig Kinder** (leiblich, adoptiert, anvertraut oder affiliiert) gelten:

- von **0 bis 24 Jahren**, wenn ihr **Gesamteinkommen** im Vorjahr höchstens **4.000,00 Euro brutto** beträgt;
- **über 24 Jahre**, wenn ihr **Gesamteinkommen** im Vorjahr höchstens **2.840,51 Euro brutto** beträgt.

Weitere Familienangehörige können berücksichtigt werden, sofern sie **mit dem/der Steuerpflichtigen zusammenleben** oder von diesem/dieser **Unterhaltsleistungen erhalten**, die **nicht durch gerichtliche Anordnungen** festgelegt sind:

- der rechtlich und tatsächlich getrennte Ehegatte;
- die Nachkommen der Kinder;
- die Eltern (einschließlich Adoptiveltern);
- Schwiegersöhne und Schwiegertöchter;
- Schwiegervater und Schwiegermutter;
- Geschwister (auch Halbgeschwister);
- Großeltern.

Anspruchsberechtigte Personen

Die in der oben abgebildeten Tabelle der Codes „E“ aufgeführten Personen, deren individuelles oder familiäres Einkommen, die in der geltenden Gesetzgebung vorgesehenen Grenzen nicht überschreitet und die zudem die Altersvoraussetzungen erfüllen oder sich in besonderen sozialen Bedingungen befinden, können von der Befreiung aus Einkommensgründen von der Kostenbeteiligung im Gesundheitswesen profitieren.

Ausstellung der Befreiung

Im Hinblick auf die auf nationaler Ebene vorgesehenen Befreiungen von der Kostenbeteiligung im Gesundheitswesen (Codes **E01**, **E03**, **E04**) wird klargestellt, dass die **Agentur für Einnahmen** jährlich die Einkommensdaten der Betreuten aktualisiert. Aus diesem Grund sind diese Befreiungen **jährlich gültig**, und zwar für den Zeitraum vom **1. April bis zum 31. März des Folgejahres**. Das **System Gesundheitskarte** stellt jährlich die Liste der Betreuten bereit, denen auf Grundlage der von der **Agentur für Einnahmen** und dem **NISF** übermittelten Informationen, das Recht auf Einkommensbefreiung zuerkannt wurde. Besteht der Anspruch weiterhin, wird die Befreiung **automatisch verlängert**. Wer eine solche Befreiung erhält, aber der Ansicht ist, nicht anspruchsberechtigt zu sein, muss deren **Streichung beim Schalter des zuständigen Gesundheitssprengel** beantragen. Wenn eine betreute Person nicht in der Liste aufgeführt ist, kann sie eine **Ersatzerklärung** vorlegen, in der sie den Besitz der Voraussetzungen für die Befreiung bestätigt, und diese beim zuständigen Gesundheitssprengel einreichen. Für die Befreiungscodes **E02**, **E11**, und **E22** muss sich die betroffene Person an den **zuständigen Gesundheitssprengel** wenden, um das Antragsformular und die **Ersatzerklärung über das Einkommen** auszufüllen und abzugeben; die Befreiung wird anschließend in den Systemen registriert. Für Befreiungen, die **nicht der jährlichen Aktualisierung unterliegen** (z. B. Code **E12**), bleibt die Verpflichtung bestehen, die Altersgrenzen und die Einkommenslimits einzuhalten.

Hinweise für die Verschreibung

Für Betreute, deren Einkommen automatisch vom Ministerium für Wirtschaft und Finanzen (MEF) über die Agentur für Einnahmen zum Zweck der Feststellung des Anrechts auf Ticketbefreiung erfasst wird, wird der entsprechende Befreiungscode im nationalen System der Gesundheitskarte (TS) sowie im lokalen System zur Verwaltung der Betreuten automatisch registriert. In diesem Fall kann der verschreibende Arzt, den dem Patienten zugeordneten Befreiungscode direkt in der Verschreibungssoftware einsehen.

Ist der Patient Inhaber mehrerer Befreiungen, hat der **verschreibende Arzt** auf dem Rezept **nur eine einzige Befreiung** anzugeben, und zwar jene, die auf die verschriebene Leistung anwendbar und für den Patienten am günstigsten ist. Eine **kumulative Angabe mehrerer Befreiungscodes ist nicht zulässig**.

In Bezug auf die anderen Befreiungscodes aus Einkommensgründen, die nicht jährlich infolge der Überprüfung des Einkommens durch die Agentur für Einnahmen automatisch in die Systeme zur Verwaltung der Betreuten registriert werden und nicht unbe-

grenzt gültig sind, ist der Betreute verpflichtet, jährlich seinen Anspruch neu zu belegen. Sollte der Code nicht registriert sein, muss die betroffene Person den Schalter des Gesundheitssprengels aufsuchen, um eine **Ersatzerklärung über das Einkommen** abzugeben und die Registrierung des entsprechenden Befreiungscodes in den Systemen zu ermöglichen.

Falls der Patient Inhaber mehrerer Befreiungen ist, hat der Verschreiber auf dem ärztlichen Rezept nur eine einzige Befreiung anzugeben, und zwar jene, die für die Leistung anwendbar und für den Patienten am günstigsten ist. Die kumulative Angabe mehrerer Befreiungscodes ist nicht zulässig.

3.2 Einkommen und/oder besondere soziale Lage

Merkmale und rechtliche Grundlagen

Die folgenden Befreiungen von der Kostenbeteiligung im Gesundheitswesen sind eng mit einer besonderen sozialen Situation verknüpft:

Arbeitslosigkeit (E02):

Als arbeitslos gelten Personen, die aus welchem Grund auch immer (Entlassung, Kündigung, Ablauf eines befristeten Arbeitsverhältnisses) eine unselbständige Erwerbstätigkeit beendet haben und beim Arbeitsvermittlungszentrum als arbeitssuchend gemeldet sind und auf eine neue Beschäftigung warten. Nicht als arbeitslos gelten hingegen:

- Personen, die nie einer beruflichen Tätigkeit nachgegangen sind;
- Personen, die eine selbständige Erwerbstätigkeit beendet haben;
- Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in der ordentlichen oder außerordentlichen Lohnausgleichskasse (Cassa Integrazione).

Den arbeitslosen Personen gleichgestellt sind Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in Mobilität, innerhalb der Grenzen und unter den Voraussetzungen der geltenden Rechtsvorschriften.

Bezieherinnen und Bezieher einer Sozialunterstützung (E03):

Als „Bezieherinnen und Bezieher der Sozialzulage“ gelten ausschließlich Personen, die die von der **INPS gewährte Sozialunterstützung** (assegno sociale) beziehen.

Die Sozialunterstützung ist eine **Fürsorgeleistung** (keine Sozialversicherungsleistung), die von der **INPS** an Personen gewährt wird, die:

- das nach der geltenden Gesetzgebung vorgesehene Mindestalter erreicht haben;
- ihren effektiven Wohnsitz in Italien haben;
- ein Einkommen unterhalb der gesetzlich festgelegten Grenzen aufweisen.

Zustand der Bedürftigkeit (E99):

Die Befreiung von der Kostenbeteiligung im Gesundheitswesen mit dem Code **„E99 – bedürftige Personen“** steht Bürgerinnen und Bürgern zu, die Leistungen der sozialen wirtschaftlichen Hilfe gemäß **DLH Nr. 30/2000** in geltender Fassung beziehen.

Code	Beschreibung
E02	Arbeitslose - und ihre zu Lasten lebende Familienmitglieder - mit Familieneinkommen unter 8.263,31 Euro erhöht auf 11.362,05 Euro bei Anwesenheit des Ehegatten und um weitere 516,46 Euro für jedes zu Lasten lebende Kind (laut Art. 8, Absatz 16, des Gesetzes Nr. 537/1993, in geltender Fassung)
E03	Inhaber einer Sozialunterstützung (ehem. Sozialrente) - und ihre zu Lasten lebende Familienangehörige (laut Art. 8, Absatz 16, des Gesetzes Nr. 537/1993, in geltender Fassung)
E99*	Personen, die einer Familie angehören, welche aufgrund ihrer wirtschaftlichen Lage den Faktor 1,5 des sozialen Mindesteinkommens laut DLH Nr. 30 vom 11.08.2000, in geltender Fassung, nicht erreicht.

*Mit Beschluss der Landesregierung eingeführter Code, der daher ausschließlich für Personen mit Wohnsitz in der Autonomen Provinz Bozen anwendbar ist.

Anspruchsberechtigte

Code E02

Die Ticketbefreiung (**E02**) steht Arbeitslosen (eingeschrieben beim Arbeitsvermittlungszentrum) und deren unterhaltsberechtigten Familienangehörigen zu, sofern das Gesamteinkommen der Familiengemeinschaft die folgenden Grenzen nicht überschreitet:

- **8.263,31 Euro**: für die alleinstehende Person;
- **11.362,05 Euro**: wenn ein unterhaltsberechtigter Ehepartner vorhanden ist;
- **516,46 Euro**: zusätzlich für jedes unterhaltsberechtigtes Kind.

Das maßgebliche Einkommen ist jenes des Vorjahres. Personen, die für das betreffende Jahr keine Steuererklärung abgegeben haben, haben keinen Anspruch auf die Befreiung. Die Arbeitslosigkeit muss zum Zeitpunkt der Beantragung der Befreiung aktuell sein. Als **unterhaltsberechtigter Kinder** gelten solche (leibliche, adoptierte, anvertraute oder affilierte), die steuerlich von einem Elternteil abhängig sind:

- von 0 bis 24 Jahren mit einem Bruttojahreseinkommen im Vorjahr von höchstens **4.000 Euro**,
- über 24 Jahre mit einem Bruttojahreseinkommen im Vorjahr von höchstens **2.840,51 Euro**.

Das Einkommen des Vorjahres wird mittels Eigenerklärung angegeben und zusammen mit der Arbeitslosenbescheinigung bei der zuständigen Gesundheitsbezirksstelle eingereicht.

Code E03

Das MEF aktualisiert die Verzeichnisse der Anspruchsberechtigten jedes Jahr automatisch (in der Regel ab dem 1. April) auf der Grundlage der INPS-Daten. Wenn die Befreiung nicht automatisch aufscheint, muss sie beim Gesundheitsbezirk beantragt werden.

Code E99

Mit Beschluss der Landesregierung vom 7. Juni 2010, Nr. 982 (ergänzt durch BLR vom 27. September 2010, Nr. 1601) wurden die Leitlinien für die Ausstellung der Bescheinigung zur Befreiung von der Beteiligung an den Gesundheitskosten für Bedürftige genehmigt. Die Feststellung des Anspruchs auf die Befreiung **E99** erfolgt durch die **Sozialdienste**, welche eine entsprechende **Bescheinigung mit einjähriger Gültigkeit** ausstellen.

Anspruch auf diese Befreiung haben Personen, die zu einer Familiengemeinschaft gehören, die im Sinne der Gewährung finanzieller Sozialhilfeleistungen gemäß DLH vom 11. August 2000, Nr. 30, in geltender Fassung (tatsächliche Familiengemeinschaft) zu berücksichtigen ist und deren wirtschaftliche Lage einen Wert unter 1,50 gemäß demselben Dekret aufweist.

Die Berechnung dieses Wertes erfolgt nach den Bestimmungen für die Ermittlung der Leistung zur Erreichung des Mindesteinkommens für die soziale Eingliederung.

Die Ticketbefreiung für Bedürftige erhalten nur Personen, die den **Wohnsitz in Südtirol** haben und **beim Landesgesundheitsdienst eingetragen** sind.

Ausstellung der Befreiung

Der Betroffene wendet sich an den zuständigen Gesundheitssprengel und legt die Bescheinigung der Sozialdienste über den Status der Bedürftigkeit vor. Der Sachbearbeiter trägt den Befreiungscode **E99** mit einjähriger Gültigkeit in das lokale Verwaltungssystem für Betreute ein.

Für die Ausstellung des Codes **E02** wendet sich der Betroffene an den Schalter des Gesundheitssprengels und legt eine Eigenerklärung über seinen Arbeitslosenstatus, das Gesamteinkommen sowie die Zusammensetzung des Familienverbands vor.

Hinweise für die Verschreibung

Falls die Person Inhaberin mehrerer Befreiungscodes ist, beispielsweise eine Befreiung aufgrund einer chronischen Erkrankung und eine aufgrund des Einkommens, ist der verschreibende Arzt verpflichtet, auf dem Rezept den Befreiungscode anzugeben, der in Bezug auf die Ursache der verschriebenen Leistung am zutreffendsten ist.

Diese beiden Codes werden nicht automatisch in die Verwaltungssysteme der Versicherten übernommen. Daher muss sich der verschreibende Arzt deren Vorhandensein vergewissern.

Gruppe 4: Sonstige Befreiungen

4.1 Befreiung für Früherkennung (Screening)

Merkmale und rechtliche Grundlagen

Mit Beschluss der Landesregierung vom 13. Dezember 2022, Nr. 930, wurden die Leitlinien zur Anwendung der Bedingungen für die Befreiung von der Kostenbeteiligung im Gesundheitswesen im Rahmen der Früherkennung (Screening) genehmigt. Für diagnostische Leistungen der ersten Stufe (Befreiungscode **Do1**) im Rahmen von Screening-Programmen (Mammographie, Pap-Test oder primärer HPV-Test, Test auf okkultes Blut im Stuhl) wird das **Recht auf Befreiung durch die aktive Einladung der Bevölkerung** gewährleistet, ohne dass eine ärztliche Verschreibung erforderlich ist.

Die **diagnostischen Leistungen der zweiten Stufe, die der Bestätigung der Diagnose dienen** (Koloskopie, Vorbereitung und erforderliche Laboruntersuchungen, Triage mittels Pap-Test oder HPV-Test, Kolposkopie, gegebenenfalls Biopsie und histologische Befundung, zusätzliche Projektionen, Ultraschall, Feinnadelaspiration, Mikro-Biopsie und anschließende zytologische und/oder histologische Befundung ...), die gemeinhin als „sekundäre Prävention“ gelten, fallen ebenfalls in den Bereich der Prävention; für ihre Erbringung ist keine Verschreibung durch einen Facharzt oder den AAM bzw. den KFW erforderlich.

Die Befreiungscodes **Do2**, **Do3** und **Do4** – diagnostische Leistungen zur Früherkennung von Tumoren (Zytologie, Mammographie, Kolon-Rektum) – werden für alle diagnostischen Leistungen verwendet, die **außerhalb der von der Provinz genehmigten Screening-Kampagnen** erbracht werden, und zwar ausschließlich zu Zwecken der Früherkennung, gemäß den Angaben in Tabelle 1 „Zusammenfassung der Befreiungen für die Früherkennung“, die dem BLR Nr. 930/2022⁴⁰ beigefügt ist. Die unter den Befreiungscodes **Do2** bis **Do4** verschreibbaren Leistungen (insbesondere Mammographie, zytologische Untersuchung und Koloskopie) fallen somit in den **Versorgungsbereich der ambulanten Facharztversorgung**, müssen auf einem Rezept des NGD/LGD verschrieben werden, sowohl für in der Provinz Bozen ansässige als auch für nicht ansässige Nutzer, und sind, sofern sie nicht ansässigen Nutzern erbracht werden, im Rahmen der Patientenmobilität zu vergüten, da es sich um „ordentliche“ Leistungen der ambulanten Facharztversorgung handelt.

Die Befreiung **Do5** „Leistungen zur vertieften Diagnostik im Zusammenhang mit der Früherkennung von Brustkrebs“, die auf nationaler Ebene für die aus dem Mammographie-Screening resultierenden vertieften Untersuchungen vorgesehen ist, wird für Rezepte anerkannt, die außerhalb der Provinz ausgestellt werden. In der Provinz Bozen fallen diese vertieften Untersuchungen hingegen unter den Befreiungscode **Do3**.

Mit Beschluss der Landesregierung vom 22.11.2022, Nr. 856, wurde der Befreiungscode **D99** „Diagnostische Leistungen im Zusammenhang mit der Früherkennung von Tumoren bei Personen mit **Mutation der Gene BRCA1 und BRCA2**“ eingeführt. Dieser Code kann von Fachärzten oder Fachärztinnen für Patienten und Patientinnen mit Wohnsitz in Südtirol genehmigt werden, nachdem der Code im System der Patientenverwaltung registriert wurde. Die Gültigkeit des Codes ist unbegrenzt.

Code	Beschreibung
Do1	Diagnostische Leistungen im Rahmen von Screening Programmen, die von der Region genehmigt wurden (gemäß Art.1 Abs. 4 Buchst. a des GD 124/98).
Do2	Diagnostische Leistungen für die Früherkennung von Krebserkrankungen (gemäß Art. 85 Abs. 4 Buchst. b des Gesetzes 388/2000) Zytologie.
Do3	Diagnostische Leistungen für die Früherkennung von Krebserkrankungen (gemäß Art. 85 Abs. 4 Buchst. a des Gesetzes 388/2000) Mammographie.
Do4	Diagnostische Leistungen für die Früherkennung von Krebserkrankungen (gemäß Art. 85 Abs. 4 Buchst. c des Gesetzes 388/2000) Dickdarm.
Do5	Ausführlichere Diagnoseleistungen im Zusammenhang mit der Früherkennung von Brustkrebs (fallen gemäß BLR 930/2022 in der Provinz Bozen unter Do3)
D99*	Diagnostische Leistungen im Zusammenhang mit der Früherkennung von Krebserkrankungen bei Personen, die Träger einer Mutation der Gene BRCA1 und BRCA2 sind.

*Mit Beschluss der Landesregierung eingeführter Code, der daher ausschließlich für Personen mit Wohnsitz in der Autonomen Provinz Bozen anwendbar ist.

⁴⁰ Link: [Beschluss der Landesregierung Nr. 930/2022](#)

Anspruchsberechtigte

Für die im Rahmen organisierter Screening-Programme zur Früherkennung (**Do1**), die in den nationalen „wesentlichen Betreuungsstandards“ enthalten sind, erbrachten diagnostischen Leistungen haben Anspruch auf Befreiung:

- italienische Staatsbürger mit Wohnsitz in Südtirol, auch wenn sie nicht beim Landesgesundheitsdienst (LGD) eingeschrieben sind;
- nicht ansässige Bürger, die jedoch beim Landesgesundheitsdienst eingeschrieben sind.

Für die Erbringung dieser Leistungen ist keine ärztliche Verschreibung (NGD/LGD) erforderlich.

Die diagnostischen Leistungen, die unter den Befreiungscodes **Do2** bis **Do4** verschreibbar sind (Mammographie, zytologische Untersuchung und Koloskopie), und die sowohl Personen betreffen, die vom verschreibenden Arzt individuell mit dem Ziel der Früherkennung überwiesen werden, weil sie Altersgruppen oder Risikokategorien gemäß Art. 85, Abs. 4 des Gesetzes Nr. 388/2000 angehören, als auch Personen, die diese Leistungen außerhalb der gesetzlich vorgesehenen Zeitintervalle in Anspruch nehmen, **fallen hingegen unter das Regime der ambulanten fachärztlichen Betreuung**. Sie müssen daher ausschließlich auf einem elektronischem oder roten Rezept verschrieben werden, sowohl für ansässige als auch für nicht ansässige Nutzer, und sind, sofern sie nicht ansässigen Nutzern erbracht werden, im Rahmen der Patientenmobilität zu vergüten, da es sich um „ordentliche“ Leistungen der ambulanten Facharztversorgung handelt.

Die Befreiung **Do5** „Leistungen zur vertieften Diagnostik im Zusammenhang mit der Früherkennung von Brustkrebs“, die auf nationaler Ebene für die aus dem Mammographie-Screening resultierenden vertieften Untersuchungen vorgesehen ist, wird für Rezepte anerkannt, die außerhalb der Provinz ausgestellt werden. In der Provinz Bozen fallen diese vertieften Untersuchungen hingegen unter den Befreiungscode **Do3**.

Zum Code **D99**: Personen beiderlei Geschlechts mit Wohnsitz in Südtirol, die Träger einer pathogenen Keimbahnvariante des **Genes BRCA1 oder BRCA2** sind. Es wird darauf hingewiesen, dass Nutzer/Nutzerinnen aus anderen Regionen, sofern sie nicht befreit sind, das Ticket zu leisten haben, da es sich um ein Landesprogramm handelt.

Ausstellung der Befreiung

Do1 – Do5

Die Ausstellung des Befreiungscodes für die Früherkennung (Screening) erfolgt gleichzeitig mit der Verschreibung der Gesundheitsleistungen auf einem elektronischen oder roten Rezept (ausgenommen **Do1**), nach vorheriger Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen des Nutzers durch den Facharzt, in Übereinstimmung mit den Leitlinien zur Anwendung der Bedingungen für die Befreiung von der Kostenbeteiligung im Gesundheitswesen für die Früherkennung (Screening).

Falls der Arzt die Befreiung nicht angegeben hat und der Nutzer deren Anerkennung bei der Annahme oder Terminvereinbarung verlangt, ist der Mitarbeiter nicht befugt, die Befreiung für die angefragte Leistung zu gewähren, es sei denn, es wird eine formelle Einladung durch den Sanitätsbetrieb vorgelegt⁴¹.

Code **D99**: Zur Bereitstellung einer Befreiung muss der Zustand eines berechtigten Nutzers zunächst überprüft und dann ausschließlich von einem der Ärzte des **Genetischen Beratungsdienstes** des Südtiroler Sanitätsbetriebes bescheinigt werden.

Hinweise für die Verschreibung

Verschreibbare Leistungen:

- Die unter dem Befreiungscode **Do1** vorgesehenen Leistungen werden nicht auf einem Rezept des NGD/LGD verschrieben;
- Die unter den Befreiungscodes **Do2**, **Do3** und **Do4** verschreibbaren Leistungen sind jeweils: Untersuchung des Gebärmutterhalses (Pap-Test oder HPV-DNA), Mammographie und Koloskopie. Sollte sich im Verlauf einer ambulanten Leistung, die mit dem Befreiungscode **Do2**, **Do3** oder **Do4** verschrieben wurde, die Notwendigkeit ergeben, weitere vertiefende diagnostische Leistungen zur Bestätigung der Diagnose zu erbringen, so sind diese Leistungen auf einem dematerialisierten Rezept unter Angabe desselben Befreiungscodes zu verschreiben;
- Unter dem Befreiungscode **D99** können die in Tabelle 1 „Liste der unter D99 verschreibbaren Leistungen“ enthaltenen Leistungen verschrieben werden, die dem BLR Nr. 856/2022 beigefügt ist.

⁴¹ Vertiefende diagnostische Untersuchungen, die **nicht auf Programme zur Früherkennung zurückzuführen sind**, sondern aus klinisch-diagnostischen Visiten oder instrumentellen Untersuchungen resultieren, unterliegen den ordentlichen Bestimmungen über die Kostenbeteiligung im Gesundheitswesen. Daher sind diese Leistungen ticketpflichtig, sofern der Patient nicht aus anderen Gründen von der Zahlung des Tickets befreit ist.

4.2 Befreiung bei Schwangerschaft und verantwortlicher Mutterschaft

Merkmale und rechtliche Grundlagen

Das DPMR vom 12. Januar 2017 (Art. 59 – Ambulante fachärztliche Versorgung für Frauen während der Schwangerschaft und zum Schutz der Mutterschaft) schließt die in diesem Artikel sowie in den Anhängen 10A und 10B⁴² desselben Dekrets aufgeführten ambulanten Facharztleistungen zum Schutz der Mutterschaft von der Zahlung des Tickets aus.

Darüber hinaus sind auch die regelmäßigen geburtshilflich-gynäkologischen Untersuchungen, die Geburtsvorbereitungskurse sowie die Betreuung im Wochenbett von der Kostenbeteiligung befreit.

Code	Beschreibung
Moo	Befreiung wegen Schwangerschaft (MD 10.09.1998) - vor der Empfängnis
M+ Woche	Befreiung wegen Schwangerschaft (MD 10.09.1998) - bei ordentlicher Schwangerschaft
M99	Befreiung wegen Schwangerschaft (Schwangerschaftswoche nicht bekannt)
M50	Risikoschwangerschaft. Im Falle einer drohenden Fehlgeburt sowie bei pathologischen Zuständen, die ein Risiko für die Mutter und den Fötus darstellen, sowie für invasive pränatale Diagnostik in der Schwangerschaft unter spezifischen Risikobedingungen für den Fötus.
M52	Weitere Leistungen in der Schwangerschaft, die dem Schiffspersonal gewährt werden.

Im präkonzeptionellen Kontext (**Moo**) sind – zusätzlich zu den in Anhang 10A zum DPMR vom 12. Januar 2017 aufgeführten Leistungen – von der Kostenbeteiligung auch jene ambulanten Facharztleistungen ausgenommen, die erforderlich sind, um etwaige reproduktive Risiken im Zusammenhang mit einer pathologischen Situation oder einem genetischen Risiko eines oder beider Elternteile festzustellen, sofern diese Risiken aus der reproduktiven oder familiären Anamnese des Paares hervorgehen und vom Facharzt verschrieben werden.

Während der Schwangerschaft sind – zusätzlich zu den in Anhang 10B aufgeführten Leistungen – von der Kostenbeteiligung auch jene ambulanten fachärztlichen Leistungen ausgenommen, die notwendig und angemessen sind für pathologische Zustände, die ein mütterliches oder fetales Risiko darstellen, sofern sie vom Facharzt bzw. der Fachärztin oder vom AAM verschrieben werden.

Unter den spezifischen Bedingungen eines **fetalen Risikos**, die in **Anhang 10C** angeführt sind, sind die erforderlichen und angemessenen fachärztlichen ambulanten Leistungen zur Risikobewertung sowie zur anschließenden pränatalen Diagnostik, sofern sie vom Facharzt verschrieben werden, von der Kostenbeteiligung ausgenommen.

Im Falle einer drohenden Fehlgeburt sind sämtliche **fachärztlichen ambulanten Leistungen, die für die Überwachung der Schwangerschaft** erforderlich sind, von der Kostenbeteiligung befreit. Liegen pathologische Zustände vor, die ein **Risiko für die Mutter oder den Fetus** darstellen, erstreckt sich die Befreiung auch auf alle fachärztlichen Leistungen, die für die Überwachung des pathologischen Zustandes notwendig sind.

Diese pathologischen Zustände sind vom Arzt in der Verschreibung der unter Befreiung erbrachten Leistungen als Diagnose oder diagnostischer Verdacht anzugeben. Auf dem Rezept ist der Code **M50** anzuführen.

Von der Kostenbeteiligung ausgenommen sind außerdem die erforderlichen und angemessenen Leistungen zur invasiven pränatalen Diagnostik während der Schwangerschaft, sofern die in Anhang 10 – Abschnitt C des DPMR vorgesehenen spezifischen Bedingungen eines fetalen Risikos vorliegen, die vom **Facharzt** oder vom **medizinischen Genetiker** verschrieben und in den von den **Regionen eigens dafür bestimmten Einrichtungen** erbracht werden. Auch in diesem Fall ist auf dem Rezept der Code **M50** anzugeben.

Für die unter den verschiedenen „M“-Codes verschreibbaren Leistungen wird auf die Tabellen im Abschnitt „Befreiung von der Ticketzahlung“ auf der Website „Ticket und Befreiungen“ der Abteilung Gesundheit der Landesverwaltung verwiesen⁴³.

⁴² [Link: Anlage 10](#)

⁴³ [Link: Selbstbeteiligung an der Gesundheitsausgabe und Befreiung](#)

Hinsichtlich des Befreiungscodes **M99** ist kein abschließendes Verzeichnis der verschreibbaren Leistungen vorgesehen⁴⁴.

Anspruchsberechtigte

- Italienische Staatsbürger, EU-Bürger und ausländische Staatsangehörige, sofern sie beim NGD/LGD eingeschrieben sind;
- EU-Bürger im Besitz der Europäischen Krankenversicherungskarte (EKVK);
- EU-Bürger ohne EKVK und ohne die Voraussetzungen für die Einschreibung beim LGD (ENI);
- Ausländische Staatsangehörige mit STP-Karte.

Ausstellung der Befreiung

Es obliegt dem verschreibenden Arzt (Facharzt bzw. Fachärztin, AAM), den für die jeweilige Schwangerschaftsphase zutreffenden Befreiungscode einzutragen.

„**M99**“ ist der alternative Code, den der AAM verwenden kann, falls er nicht in der Lage ist, die genaue Schwangerschaftswoche der Patientin zu bestimmen, insbesondere mit Hinblick auf die langen Zeiträume zwischen dem Datum der Verschreibung und dem Datum der Durchführung der angeforderten Facharztleistung.

Hinweise für die Verschreibung

Im Falle präkonzeptioneller Leistungen zur **Feststellung des reproduktiven Risikos**⁴⁵ kann die Befreiung sowohl vom AAM als auch vom Facharzt (Genetiker oder Gynäkologe) angewandt werden, während für Leistungen zur Diagnose genetischer Defekte ausschließlich die Fachärzte zuständig sind. Für die Überwachung einer physiologischen Schwangerschaft kann die Befreiung vom AAM oder vom Gynäkologen unter Angabe der Schwangerschaftswoche gewährt werden. Im Falle einer Risikoschwangerschaft kann die Befreiung für spezifische diagnostische Untersuchungen hingegen ausschließlich vom Gynäkologen erteilt werden. Für den Befreiungscode **M99** ist kein abschließendes Verzeichnis der verschreibbaren Leistungen vorgesehen.

4.3 Befreiung zur Förderung der öffentlichen Gesundheit (Prophylaxe)

Merkmale und rechtliche Grundlagen

Art. 1 Absatz 4 des gesetzesvertretenden Dekrets Nr. 124/1998: „Um die Teilnahme an nachweislich wirksamen Präventionsprogrammen zu fördern und den Zugang zur Grundversorgung sicherzustellen, (...) sind vom System der Kostenbeteiligung ausgenommen und somit für den Versicherten bei Inanspruchnahme kostenfrei:

a)(...)

b) die Leistungen der instrumentellen und labordiagnostischen Untersuchungen sowie andere Leistungen der ambulanten Facharztversorgung, die dem Schutz der kollektiven Gesundheit dienen und gesetzlich vorgeschrieben oder auf lokaler Ebene im Falle epidemischer Situationen angeordnet sind, sowie jene Leistungen, die im Zusammenhang mit der Arbeitsaufnahme aufgrund gesetzlicher Verpflichtungen stehen.“

Code	Beschreibung
Po1	Fachärztliche Leistungen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit, lokal angeordnet bei epidemischen Situationen.
Po2	Fachärztliche Leistungen im Zusammenhang mit der Arbeitsaufnahme, gesetzlich vorgeschrieben und nicht zu Lasten des Arbeitgebers.
Po3	Leistungen im Zusammenhang mit Pflicht- oder empfohlenen Impfungen.

Anspruchsberechtigte

Italienische Staatsbürger, welche ihren Wohnsitz in Südtirol haben und im LGD eingeschrieben sind.

Ausstellung der Befreiung

Die Befreiungscodes **Po1–Po3** können von Fachärzten angegeben werden, die in öffentlichen Einrichtungen tätig sind und sich mit öffentlicher Gesundheit oder Präventionsmaßnahmen befassen.

⁴⁴ Siehe: BLR Nr. 1011 vom 12.11.2024

⁴⁵ [Link: Ministero della Salute - Salute riproduttiva](#)

Hinweise für die Verschreibung

Die Befreiungscodes **P01–P03** fallen unter das Regime der Prävention. Für die Verschreibung der entsprechenden Leistungen wird kein Rezept des LGD/NGD verwendet, sondern – falls nötig – ein „weißes Rezept“.

4.4 Befreiung für Eignungsuntersuchungen

Merkmale und rechtliche Grundlagen

Der Befreiungscode **Io1** „Leistungen, die für die Ausstellung von Bescheinigungen über die Eignung zur Ausübung sportlicher Tätigkeiten, zur Adoption und Pflege sowie zur Ableistung des Zivildienstes erforderlich sind“, wurde durch das MD vom 17. März 2008 eingeführt.

Im Einzelnen umfasst die Befreiung **Io1**:

- **Bescheinigung für die Ausübung des Wettkampfsports:** Betrifft Minderjährige (unter 18 Jahren), die Wettkampfsport betreiben, und deckt die Untersuchungen und Bescheinigungen ab, die für die Feststellung der Eignung erforderlich sind;
- **Adoption und Pflege:** Umfasst die Facharztleistungen, die im Rahmen von Adoptions- oder Pflegeverfahren erforderlich sind;
- **Zivildienst:** Deckt die Leistungen ab, die für die Ausstellung der Bescheinigung zur Ableistung des Zivildienstes notwendig sind.

Die Ticketbefreiung ist auf die Leistungen für die Ausstellung der Bescheinigung und die Bescheinigung selbst beschränkt. Falls für die Ausstellung von Bescheinigungen – sowohl für den Wettkampfsport als auch für andere Zwecke – zusätzliche Untersuchungen (sog. vertiefende Leistungen) erforderlich sind, die nicht ausdrücklich vom Gesetz vorgesehen sind, müssen diese gemäß MD vom 17. März 2008 unter dem Befreiungscode **Io1** verschrieben werden, jedoch ausschließlich in den Fällen, in denen die Ausstellung der Bescheinigung kostenlos erfolgt (im Rahmen der WBS).

Code	Beschreibung
Io1	Leistungen, die für die Ausstellung von Bescheinigungen über die Eignung zur Ausübung sportlicher Tätigkeiten, zur Adoption und Pflege sowie zur Ableistung des Zivildienstes erforderlich sind.

Anspruchsberechtigte

Im Rahmen der Ausstellung der ärztlichen Eignungsbescheinigung für die Ausübung des Wettkampfsports, sofern vertiefende Untersuchungen erforderlich sind:

- Minderjährige (<18 Jahre), unabhängig vom Wohnsitz;
- Personen mit Behinderungen jeden Alters, unabhängig vom Wohnsitz.

Im Rahmen der Ausstellung der Eignungsbescheinigung für den nicht wettkampforientierten Sport, sofern vertiefende Untersuchungen erforderlich sind:

- Betreute der ÄAM/KFW jeden Alters, wenn das Zertifikat auf Antrag von Schulen oder für außerschulische Aktivitäten ausgestellt werden muss, unabhängig vom Wohnsitz.

Ausstellung der Befreiung

Der Befreiungscode **Io1** wird vom Facharzt bzw. der Fachärztin für Sportmedizin oder vom AAM/KFW im Rahmen der Untersuchung zur Ausstellung des Eignungszertifikats für die Ausübung des Wettkampf- oder Nicht-Wettkampfsports angegeben, um die Verschreibung vertiefender Leistungen für die im vorherigen Punkt genannten Kategorien zu ermöglichen.

Hinweise zur Verschreibung

Der verschreibende Arzt ist verpflichtet, zu überprüfen, ob die betreffende Person die erforderlichen Voraussetzungen erfüllt, um die Ticketbefreiung **Io1** in Anspruch nehmen zu können, in Übereinstimmung mit der „Regelung der Sportmedizin“, die als Anlage A dem Beschluss der Landesregierung Nr. 1042/2025 beigefügt ist.

4.5 Befreiung für Spender und Spenderinnen

Merkmale und rechtliche Grundlagen

Die Ticketbefreiung **To1** wurde durch das MD vom 01.02.1991 – „Neufestlegung der Krankheitsformen, die Anspruch auf Befreiung von der Kostenbeteiligung im Gesundheitswesen geben“ eingeführt.

Sie gilt für Organspender und Organspenderinnen, Spender und Spenderinnen von lebenden Geweben und Blutspender und Blutspenderinnen und gewährleistet die Ticketbefreiung für sämtliche Leistungen der Instrumentaldiagnostik, der Laboruntersuchungen sowie für andere fachärztliche Leistungen, die mit dieser Tätigkeit in Zusammenhang stehen.

Code	Beschreibung
To1	Leistungen im Zusammenhang mit Organspende, Gewebespende oder Blutspende (gemäß Art. 1, Absatz 5, Buchst. c) des GvD n. 124/1998)

Hinweis: In Bezug auf die Leistungen zur Überwachung der Funktion des verbleibenden Organs beim lebenden Spender⁴⁶ hat der Gesetzgeber mit dem DPMR vom 12.01.2017 einen spezifischen Befreiungscode für chronische und invalidisierende Krankheiten eingeführt (Code **o58** – Organspender).

Anspruchsberechtigte

Alle Organspender und Organspenderinnen, Spender und Spenderinnen von lebenden Geweben und Blutspender und Blutspenderinnen, sofern sie im nationalen Gesundheitsdienst eingeschrieben sind.

Ausstellung der Befreiung

Der Befreiungscode **To1** wird zum Zeitpunkt der Verschreibung der betreffenden Leistungen angegeben.

Hinweise zur Verschreibung

Der Arzt (AAM, KFW, Facharzt oder Fachärztin des Landesgesundheitsdienstes) ist verpflichtet, den Status „lebender Spender“ der betreffenden Person zu überprüfen und die Verschreibung auf die klinisch begründeten und vorgesehenen Leistungen zu beschränken.

⁴⁶ Siehe: Rundschreiben des Gesundheitsministeriums Nr. 13/2001, 2.3.

4.6 Befreiung für Freiwillige im Sozial- oder Zivildienst

Merkmale und rechtliche Grundlagen

LG vom 19. November 2012, Nr. 19, Art. 6 Abs. 1: „Den freiwilligen Helferinnen und Helfern werden die mit der Ausübung des in Art. 3 Abs. 1 genannten freiwilligen Dienstes verbundenen Gesundheitsleistungen unentgeltlich gewährt.“

Code	Beschreibung
So4	[Wehrdienstverweigerer im Zivildienst (gemäß Art. 6 Abs. 1 des Gesetzes vom 8. Juli 1998, Nr. 230), aufgehoben durch das GD Nr. 66/2010] Freiwillige im Zivildienst und/oder im Sozialdienst (gemäß Art. 3 Abs. 1 des LG vom 19.11.2012, Nr. 19)

Die Gültigkeit der Ticketbefreiung ist auf die Dauer des Freiwilligen Zivildienstes oder Sozialdienstes beschränkt.

Anspruchsberechtigte

a) Personen, die sich entschieden haben, ein Jahr freiwilligen Einsatzes zugunsten der unbewaffneten Verteidigung des Vaterlandes (Universeller Zivildienst) oder im Rahmen des Sozialdienstes zu leisten.

b) Freiwillige im Zivildienst und/oder Sozialdienst: LG vom 19.11.2012, Nr. 19, Art. 3 Abs. 1.

Kategorien von Freiwilligen gemäß LG Nr. 19/2012:

Der freiwillige Landeszivildienst, geleistet von Jugendlichen im Alter zwischen 18 und 28 Jahren für eine Höchstdauer von 12 Monaten, bei Organisationen und Einrichtungen des öffentlichen und privaten Rechts (...);

Der freiwillige Sozialdienst, geleistet von Erwachsenen ab dem Alter von 29 Jahren für eine Höchstdauer von 32 Monaten, bei Organisationen und Einrichtungen des öffentlichen und privaten Rechts (...);

Der freiwillige Sommerdienst, geleistet von Jugendlichen im Alter zwischen 15 und 19 Jahren, bei Organisationen und Einrichtungen des öffentlichen und privaten Rechts, für einen Zeitraum von 6 bis 8 Wochen (...).

Ausstellung der Befreiung

Die betroffene Person muss sich an den zuständigen Gesundheitssprengel wenden, wo die Befreiung von der Ticketzahlung auf Grundlage der von der Einrichtung ausgestellten Bescheinigung registriert wird, bei der der freiwillige Zivildienst oder der Sozialdienst geleistet wird.

Die Gültigkeit dieses Befreiungscodes ist auf die Dauer des freiwilligen Dienstes beschränkt und gilt ausschließlich für Leistungen der instrumentellen Diagnostik, Laboruntersuchungen sowie andere fachärztliche Leistungen, die mit der Ausübung des Dienstes in Zusammenhang stehen.

Hinweise zur Verschreibung

Der Befreiungscodes **So4** muss bei der Verschreibung angegeben werden, nachdem der verschreibende Arzt die Voraussetzungen der betroffenen Person überprüft hat. Dieser Code darf ausschließlich für die unter „Anspruchsberechtigte“ genannten Personen und nur für die tatsächliche Dauer des freiwilligen Dienstes verwendet werden.

Die verschreibbaren Leistungen umfassen sämtliche Leistungen, die in den **WBS** enthalten sind.

4.7 Befreiung für ausländische Minderjährige ohne Aufenthaltsstatus

Merkmale und rechtliche Grundlagen

Ausländische Minderjährige⁴⁷, die sich nicht rechtmäßig im Staatsgebiet aufhalten, haben in Italien Anspruch auf Gesundheitsversorgung und können von der Ticketzahlung befreit werden. Dies gilt insbesondere für **unbegleitete Minderjährige** (auch bei irregulärem Aufenthalt) sowie für Kinder unter sechs Jahren, vorbehaltlich der Überprüfung des Familieneinkommens.

Für den Zugang zur Gesundheitsversorgung ist die **obligatorische und kostenlose Einschreibung in den Landesgesundheitsdienst** unerlässlich.

Für ausländische Staatsangehörige – sowohl EU-Bürger als auch Nicht-EU-Bürger – gewährleistet die Einschreibung in den Landesgesundheitsdienst den vollständigen Zugang zur Gesundheitsversorgung und zu denselben Bedingungen wie für italienische Staatsbürger. Nach der Einschreibung wird die Gesundheitskarte ausgestellt, auch während der Wartezeit auf die Erteilung der Aufenthaltsgenehmigung und unabhängig vom Bestehen eines Wohnsitzes.

Code	Beschreibung
X01	Nicht-EU-Bürger, welche mit den Bestimmungen bezüglich des Eintritts und Aufenthalts nicht in der Norm sind, ohne genügende Geldmittel, für die Verschreibung der Leistungen laut Artikel 35, Absatz 3, des GvD vom 25. Juli 1998, Nr. 286, und Artikel 43, Absatz 4, des D.P.R. vom 31. August 1999, Nr. 394.
X23	Ausländische minderjährige Kinder ohne regulären Aufenthaltsstatus unter 6 Jahren, mit Bedürftigkeitserklärung, gemäß Resolution Nr. 25/E AfE ⁴⁸ .
X24	Unbegleitete ausländische Minderjährige. Beschluss Nr. 25/E AfE.

Anspruchsberechtigte

X01: Drittstaatsangehörige, die nicht im Einklang mit den Vorschriften über Einreise und Aufenthalt stehen – „im Besitz der STP-Karte“ (vorübergehend anwesende Ausländer), ohne ausreichende finanzielle Mittel zur Beteiligung an den Gesundheitskosten (Selbsterklärung der Mittellosigkeit), im Alter von **6 Jahren oder älter**.

Die Befreiung gilt für **ambulante und stationäre Behandlungen**, die dringend oder jedenfalls wesentlich sind, auch wenn sie kontinuierlich erfolgen.

Die STP-Karte wird nach der Einschreibung in den **LGD** ausgestellt. Die Dauer der Einschreibung beträgt **6 Monate für Volljährige** und **12 Monate für Minderjährige**.

X23: Alle minderjährigen Kinder von ausländischen Personen ohne regulären Aufenthalt (im Alter von **0 bis 6 Jahren**) sind bei Vorlage einer **Erklärung der Mittellosigkeit** von der Ticketzahlung befreit (die übliche Pauschale für den Zugang zu Gesundheitsleistungen), **unter denselben Bedingungen wie italienische Staatsbürger**.

Die Befreiung **X23** gilt ab dem Zeitpunkt der Einschreibung in den Landesgesundheitsdienst bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres. Dieser Code gilt für **alle Leistungsregime**.

X24: betrifft **unbegleitete Minderjährige**, unter Berücksichtigung der ausdrücklichen gesetzlichen Bestimmung gemäß **Art. 1 Abs. 334 des Gesetzes Nr. 160/2019**. Die Leistungen werden **ohne Ticketbeteiligung** erbracht.

Diese Befreiung, die auf **fachärztliche Leistungen** beschränkt ist, endet mit Erreichen der Volljährigkeit. Zur Erlangung dieses Befreiungscodes muss die betroffene Person im **LGD** eingeschrieben sein.

⁴⁷ Die **New Yorker Konvention** verpflichtet die Vertragsstaaten, Kindern die grundlegenden Rechte – darunter die Gesundheitsversorgung – „**ohne jede Unterscheidung**“, also in absoluter Gleichheit, zu garantieren. In Italien ist seit dem Jahr **2017** für alle ausländischen Minderjährigen, die sich auf dem Staatsgebiet befinden – **mit oder ohne Eltern** und unabhängig vom Aufenthaltsstatus – die **obligatorische Einschreibung in den Nationalen Gesundheitsdienst (SSN)** vorgesehen.

Damit haben ausländische Minderjährige **das Recht auf medizinische Versorgung in voller Gleichstellung mit italienischen Staatsbürgern** (vgl. **DPMR vom 12. Januar 2017, Art. 62 und 63**).

⁴⁸ Link: [Beschluss der Agentur für Einnahmen Nr. 25/E vom 7.6.2022](#)

Ausstellung

Die Ausstellung der oben genannten Befreiungscodes erfolgt nach der Einschreibung der ausländischen Personen in den Landesgesundheitsdienst, **nach Prüfung der Voraussetzungen** (Erklärung der Mittellosigkeit, Status des Ausländers – minderjährig oder volljährig) bei einer der **zuständigen Bezirksgesundheitsstellen**. Für die Zuweisung des Codes **X01** muss der Arzt der STP-Ambulanz vom ausländischen Bürger eine **Erklärung der Mittellosigkeit** einholen, die auf dem vorgesehenen Formular erstellt wird, das der Arzt ebenfalls unterzeichnet und der Verschreibung beifügt, wobei er den Code **X01** auf der Verschreibung anbringt.

Hinweise zur Verschreibung

Der Befreiungscode **X01**, der auf alle Rezepte für Gesundheitsleistungen, einschließlich Arzneimittelverschreibungen, anwendbar ist, wird vom Arzt bzw. der Ärztin der STP-Ambulanz **in Bezug auf die wirtschaftlichen Ressourcen des ausländischen Bürgers** für die konkret angeforderte Leistung vergeben.

Wichtiger Hinweis

Zusätzlich zu den unter den oben genannten Befreiungscodes fallenden Leistungen hat der Ausländer – unabhängig von seiner Aufenthaltsrechtlichen Situation – Anspruch auf:

- **Sozialen Schutz von Schwangerschaft und Mutterschaft**, unter denselben Bedingungen wie italienische Staatsbürger, gemäß Gesetz vom 29. Juli 1975 Nr. 405, Gesetz vom 22. Mai 1978 Nr. 194 und MD vom 6. März 1995 (G.U. Nr. 87 vom 13. April 1995);
- **Gesundheitsschutz des Minderjährigen**, gemäß der **UN-Kinderrechtskonvention vom 20. November 1989**, ratifiziert durch Gesetz vom 27. Mai 1991 Nr. 176;
- **Impfungen**, nach den geltenden Vorschriften und im Rahmen von Präventionskampagnen, die von den Regionen und autonomen Provinzen genehmigt sind;
- **Internationale Prophylaxe-Maßnahmen**;
- **Prophylaxe, Diagnose und Behandlung von Infektionskrankheiten**.

4.8 Befreiung für temporären Schutz und/oder humanitäre Hilfe

Merkmale und gesetzliche Grundlagen

Code	Beschreibung
X22	Vorübergehender Schutz für Kriegsflüchtlinge aus der Ukraine

Der Befreiungscode **X22** garantiert den kostenlosen Zugang zu den Leistungen des Nationalen Gesundheitsdienstes für ukrainische Staatsangehörige mit „Aufenthaltslaubnis für vorübergehenden Schutz“, eingeführt durch das DPMR vom 28. März 2022 aufgrund des Krieges in der Ukraine. Die Betroffenen müssen bei der Quästur (Innenministerium) die Aufenthaltslaubnis für vorübergehenden Schutz beantragen, welche Voraussetzung für die **obligatorische Einschreibung** in den Landesgesundheitsdienst ist. Der Code **X22** gilt für alle Leistungen, die im nationalen Leistungsverzeichnis der WBS vorgesehen sind.

Code	Beschreibung
BI	Minderjährige ausländische Personen und deren Begleitpersonen, die vom Verein „Chernobyl Alto Adige – Südtirol“ zu einem Aufenthalt in Südtirol eingeladen werden.

Der Verein „Chernobyl Alto Adige – Südtirol“ nimmt jährlich Minderjährige sowie deren Begleitpersonen für rehabilitative und regenerierende Aufenthalte in Südtirol auf.

Die Autonome Provinz Bozen unterstützt Programme zur psychophysischen Rehabilitation von Minderjährigen aus besonders belasteten Gebieten, die in einer gesunden und geschützten Umgebung durchgeführt werden. Die Befreiung **BI** beschränkt sich auf dringende und unaufschiebbare Leistungen sowie auf die damit verbundenen unbedingt notwendigen Arzneimittel.

Anspruchsberechtigte

X22 – Ukrainische Staatsangehörige mit einer regulären Aufenthaltslaubnis für vorübergehenden Schutz. Sie müssen erklären, dass sie keine Arbeitstätigkeit in Italien ausüben.

BI – Minderjährige aus Weißrussland sowie deren Begleitpersonen, die von der Vereinigung „Chernobyl Alto Adige-Südtirol“ eingeladen und ordnungsgemäß registriert sind, haben Anspruch auf Gesundheitsversorgung zu Lasten des Landesgesundheitsdienstes. Die Befreiung gilt nur für dringende und nicht aufschiebbare Leistungen⁴⁹.

Ausstellung der Befreiung

X22: Die Betroffenen müssen die Aufenthaltslaubnis für vorübergehenden Schutz bei der Quästur (Innenministerium) beantragen und **jährlich** erneuern. Nach Erhalt der Aufenthaltslaubnis können die Betroffenen beim zuständigen Gesundheitssprengel die obligatorische Einschreibung in den LGD beantragen, um dann den Befreiungscode X22 zu erhalten. Die Einschreibung in den LGD ist Voraussetzung für den Zugang zu öffentlichen Gesundheitsdiensten. Der Antrag um die Befreiung ist jährlich beim Schalter des zuständigen Gesundheitssprengels unter Vorlage eines entsprechenden gültigen Aufenthaltstitels zu erneuern.

BI: Der/die Minderjährige (oder die Begleitperson) muss ordnungsgemäß bei der Vereinigung registriert sein.

Hinweise zur Verschreibung

Erhält eine Person mit Befreiung X22 eine Aufenthaltslaubnis in Italien aus einem anderen Grund (z. B. wegen Arbeit), ist dies unverzüglich beim Schalter des zuständigen Gesundheitssprengels zu melden, da die Befreiung X22 in diesem Fall nicht mehr anwendbar ist.

Minderjährige aus Weißrussland, einschließlich ihrer Begleitpersonen, die von der Vereinigung „Chernobyl Alto Adige-Südtirol“ eingeladen wurden, haben Anspruch auf Gesundheitsversorgung zu Lasten des LGD in Südtirol, und zwar nur während des Rehabilitations- und Erholungsaufenthalts und nur für dringende und unaufschiebbare Leistungen. Gültigkeit: Bis zum Ende des Schutzstatus bzw. des Aufenthalts.

⁴⁹ Siehe: BLR Nr. 584/2025

4.9 Befreiung für Gewaltopfer

Merkmale und gesetzliche Grundlagen

Die Absätze 790 und 791 des Gesetzes Nr. 208/2015 sehen die Einrichtung eines „**Schutzpfades für Opfer von Gewalt**“ in den Sanitätsbetrieben und Krankenhäusern vor. Mit dem DPMR vom 24.11.2017 wurden die nationalen Leitlinien für die Sanitätsbetriebe und Krankenhäuser hinsichtlich der Hilfeleistung und der sozialmedizinischen Betreuung von Frauen, die Opfer von Gewalt geworden sind, eingeführt.

Auf Grundlage der oben genannten Rechtsvorschriften hat der Südtiroler Sanitätsbetrieb am 09.12.2020 den klinisch-assistenzbezogenen Pfad zur Betreuung von Frauen, die Opfer von Gewalt sind, verabschiedet und zuletzt am 03.08.2022 überarbeitet.

Mit BLR vom 29. Dezember 2023, Nr. 1165, wird der Befreiungscode „**BZ6**“ für die Kostenbefreiung für fachärztliche, diagnostische, therapeutische, rehabilitative und Nachsorgeleistungen für Opfer von Gewalt eingeführt.

Code	Beschreibung
BZ6*	Ticketbefreiung für Gewaltopfer (BLR Nr. 1165/2023)

*Mit Beschluss der Landesregierung eingeführter Code, der daher ausschließlich für Personen mit Wohnsitz in der Autonomen Provinz Bozen anwendbar ist.

Anspruchsberechtigte

Diese Befreiung umfasst alle Opfer von Gewalt, und zwar unabhängig von der Art der Gewalt: geschlechtsspezifisch, sexuell, psychologisch, häuslich, von Männern ausgeübte Gewalt usw. Die Gültigkeitsdauer beträgt ein Jahr und kann vom Case Manager je nach klinischer und/oder psychologischer Situation der betroffenen Person jährlich verlängert werden.

Ausstellung der Befreiung

Der Befreiungscode wird mit Zustimmung der betroffenen Person oder ihrer gesetzlichen Vertretung oder durch die Ärztin/den Arzt der Notaufnahme bzw. durch die Case Managerin/den Case Manager der betroffenen Person ausgestellt. Grundlage hierfür ist die Dokumentation, die die Übernahme durch ein Antigewaltzentrum und/oder die fachärztlichen Befunde nachweist, in denen Diagnose, Prognose sowie die erforderlichen diagnostischen und/oder therapeutischen Maßnahmen aufgeführt sind.

Hinweise zur Verschreibung

Der Befreiungscode „**BZ6**“ berechtigt zur Inanspruchnahme sämtlicher Leistungen, die erforderlich sind, um die medizinische Versorgung (Behandlung und Therapie) der von Gewalt betroffenen Person sicherzustellen. Die Modalitäten der Ausstellung und Zuweisung des Codes müssen die **Vertraulichkeit** der Daten der betreffenden Person gewährleisten.

4.10 Befreiung bei HIV-Verdacht

Merkmale und gesetzliche Grundlagen

Diese Befreiung wurde mit dem GvD vom 29. April 1998, Nr. 124, eingeführt. Mit BLR Nr. 184 vom 04.02.2013 wurden die Leitlinien für die Durchführung kostenloser und anonymer HIV-Tests genehmigt, unter Bezugnahme auf die Vereinbarung im Rahmen der Staat-Regionen-Konferenz vom 27.07.2011, welche die nationalen Leitlinien für die Durchführung von HIV-Tests festlegt.

Code	Beschreibung
L1	Personen mit Verdacht auf HIV-Infektion

Anspruchsberechtigte

Personen, bei denen ein Verdacht auf eine HIV-Infektion besteht – einschließlich ausländischer Personen, auch wenn sie nicht im Besitz einer regulären Aufenthaltsgenehmigung sind – können den Test unter denselben Bedingungen wie italienische Staatsbürger durchführen lassen.

Ausstellung der Befreiung

Der Code **L1** wird gleichzeitig bei der Verschreibung/Erbringung der entsprechenden sanitären Leistungen erteilt.

Hinweise zur Verschreibung

Der anonyme und kostenlose Test kann in den Blutentnahmestellen der Laborservices der Krankenhäuser, in den Fachambulanzen für sexuell übertragbare Krankheiten sowie in der Abteilung für Infektionskrankheiten und im Labor für Mikrobiologie und Virologie des Zentralkrankenhauses Bozen durchgeführt werden. Die Gesundheitssprengel sind ausgeschlossen.

Hat die betroffene Person zuvor ihre Vertrauensärztin bzw. ihren Vertrauensarzt konsultiert, kann der AAM oder die Fachärztin/der Facharzt die Untersuchung auf einem weißen Rezept verschreiben. Auf dieser Verschreibung dürfen keine Daten angegeben werden, die Rückschlüsse auf die Identität der Patientin/des Patienten zulassen (z. B. Name, Geburtsdatum, Initialen, Steuernummer usw.).

4.11 Befreiung für Häftlinge

Merkmale und gesetzliche Grundlagen

Gesetz vom 26. Juli 1975, Nr. 354, Art. 11, Absatz 7: „Während des Aufenthalts in der Einrichtung wird die Gesundheitsversorgung durch regelmäßige Kontrollen gewährleistet, deren Häufigkeit sich am Gesundheitsbedarf der inhaftierten Person orientiert. Sie folgt den Grundsätzen eines proaktiven Vorgehens, der Ganzheitlichkeit der Intervention zur Beseitigung gesundheitlicher Beeinträchtigungen, der Einheitlichkeit der Dienste und Leistungen, der Integration von sozialer und gesundheitlicher Betreuung sowie der Sicherstellung der therapeutischen Kontinuität.“

Code	Beschreibung
DE	Personen, die einer freiheitsentziehenden Maßnahme in Justizvollzugsanstalten unterliegen

Anspruchsberechtigte

Personen, die einer freiheitsentziehenden Maßnahme in Justizvollzugsanstalten unterliegen:

- Italienische Staatsbürger, EU-Bürger und ausländische Staatsangehörige, die im SSN (Nationaler Gesundheitsdienst) eingeschrieben sind;
- EU-Bürger im Besitz der Europäischen Krankenversicherungskarte (TEAM);
- Ausländische Staatsangehörige unabhängig vom Besitz einer Aufenthaltserlaubnis.

Von der Befreiung von der Zuzahlung (Ticket) ausgeschlossen sind Personen in Hausarrest oder in häuslicher Haft.

Ausstellung der Befreiung

Die Ausstellung des Befreiungscodes **DE** erfolgt gleichzeitig mit der Verschreibung bzw. Erbringung der Gesundheitsleistungen.

Hinweise zur Verschreibung

Die ärztliche Verschreibung darf ausschließlich durch den im Justizvollzugsanstalt tätigen bzw. beauftragten Arzt bzw. beauftragte Ärztin ausgestellt werden.

4.12. Weitere auf lokaler Ebene eingeführte Befreiungen

Die Befreiungscodes **BZ1 – BZ3** wurden mit Beschlüssen der Landesregierung für bestimmte Krankheitsbilder eingeführt, die auf nationaler Ebene nicht von der Befreiung erfasst sind. Diese Befreiungen stehen ausschließlich Betreuten zu, die beim Landesgesundheitsdienst eingeschrieben und in Südtirol ihren Wohnsitz haben. Die Befreiung **BZ4** wird oben unter Punkt 1.1 „Chronische und invalidisierende Krankheiten“ beschrieben, während die Befreiung **BZ6** unter Punkt 4.9 „Opfer von Gewalt“ angeführt ist.

Code	Beschreibung
BZ1*	Personen, die an einem Lymphödem leiden (gemäß BLR Nr. 289 vom 30.01.2006)
BZ2*	Personen, die an Fibromyalgie leiden (gemäß BLR Nr. 289 vom 30.01.2006)
BZ3*	Personen, die an einer strukturellen Skoliose leiden (beschränkt auf Personen unter 18 Jahren) (gemäß BLR Nr. 289 vom 30.01.2006)

*Mit Beschluss der Landesregierung eingeführte Codes, die daher ausschließlich für Personen mit Wohnsitz in der Autonomen Provinz Bozen anwendbar sind.

Die Befreiungscodes **BZ1, BZ2, BZ3** wurden überwiegend für pharmazeutische Leistungen vorgesehen. Im Anhang B zum Beschluss der Landesregierung vom 19. Dezember 2023, Nr. 1136, mit dem Titel „Verzeichnis der Krankheiten und chronischen sowie invalidisierenden Zustände, die zum Anspruch auf Befreiung von der Kostenbeteiligung berechtigen, sowie der in Befreiung verschreibbaren Leistungen“ sind die einzelnen ambulanten Facharztleistungen aufgeführt, die im Rahmen dieser Codes verschreibbar sind, mit Ausnahme der Befreiung **BZ5**, die ausschließlich den Anspruch auf die Abgabe magistraler Zubereitungen auf Cannabisbasis zu Lasten des Landesgesundheitsdienstes berechtigt.

Code	Beschreibung
PREV*	Leistungen gemäß Art. 1, Absatz 4, Buchstaben a) und b) des GvD Nr. 124/1998

*Mit Beschluss der Landesregierung eingeführter Code, der daher ausschließlich für Personen mit Wohnsitz in der Autonomen Provinz Bozen anwendbar ist.

Der Landesbefreiungscode **PREV** kann ausschließlich von Fachärzten verwendet werden, die in spezifische Programme der öffentlichen Gesundheit eingebunden sind, welche durch Beschluss der Landesregierung aktiviert wurden, oder von Angehörigen von eigens bestimmten und formell benannten Gesundheitsdiensten. Im Beschluss der Landesregierung Nr. 1069 vom 29. März 1999 in geltender Fassung sind die mit dem Code **PREV** in Befreiung verschreibbaren Leistungen sowie die zur Verschreibung berechtigten Personen angeführt.

Im Laufe der Jahre hat die Landesregierung einige der Bereiche oder Leistungen, die ursprünglich in der Beschlussfassung Nr. 124/1998 vorgesehen waren und die mit dem Befreiungscode **PREV** zu Lasten des Landesgesundheitsdienstes verschreibbar waren, unter spezifische Befreiungen (z. B. D99, Do2-Do4) gestellt oder sie wurden durch auf nationaler Ebene vorgesehene Befreiungen übernommen.

Nachstehend die verbleibenden Anwendungsbereiche des Codes **PREV**:

Psychologische und psychotherapeutische Leistungen für Minderjährige und Erwachsene (verschrieben von angestellten Psychologen des Sanitätsbetriebs in Selbstverschreibung) (BLR Nr. 557/2002);

Fachärztliche Untersuchungen sowie instrumentaldiagnostische Leistungen und Laboruntersuchungen, die im Rahmen der rechtsmedizinischen Kontrollvisite angeordnet werden;

Leistungen für eigene Bedienstete und Bedienstete der Landesverwaltung zur präventiven Medizin und zum Schutz der Arbeitnehmer an Arbeitsplätzen in Bezug auf Risikobereiche.

Code	Beschreibung
CP	Prothetische Bewertung zur Abnahme von Prothesenvorrichtungen (BLR Nr. 189 vom 18.03.2025)

Die Überprüfungsvisite der prothetischen Behelfe wird innerhalb von 20 Tagen nach dem Übergabetag vorgenommen. Die Überprüfungsvisite erfolgt durch den Arzt oder die Ärztin, welche die Verschreibung vorgenommen hat (AAM/KFW oder Facharzt bzw. Fachärztin) oder durch sein/ihr Arbeitsteam.

Sobald das prothetische Hilfsmittel ausgehändigt wurde, muss der Betreute bzw. die Betreute einen Termin zur Überprüfung des Behelfs beim Dienst vereinbaren, der dieses verschrieben hat. Falls die Person gehunfähig oder wenn der Behelf schwer transportierbar oder sperrig ist, wird die Visite am Wohnort des Betreuten bzw. der Betreuten durchgeführt.

Die Überprüfungsvisite und alle während dieser Visite erbrachten zusätzlichen Leistungen erfolgen unter Befreiung von der Kostenbeteiligung an der Gesundheitsausgabe unter Anwendung des Befreiungscodes „CP“.

Amt für Krankenhaus- und ambulante fachärztliche Leistungen

Amtsdirktorin: Dr. Magda Cavallucci

Erste Ausgabe. Bozen, 23. April 2026

Autor: Dr. Andreas Thaler