

IM NAMEN DER REPUBLIK

Das **Bundesfinanzgericht** hat durch den Richter R in der Beschwerdesache Bf, Adr, vertreten durch Pucher & Schachner WP u. STB GmbH & Co KG, Rechbauerstraße 31, 8010 Graz, gegen den Bescheid des Finanzamtes Deutschlandsberg Leibnitz Voitsberg vom 24.02.2014 betreffend **Einkommensteuer 2012** nach Durchführung einer mündlichen Verhandlung zu Recht erkannt:

Die Beschwerde wird als unbegründet *abgewiesen*.

Eine Revision an den Verwaltungsgerichtshof ist nach Art. 133 Abs. 4 Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG) nicht zulässig.

Entscheidungsgründe

Der Beschwerdeführer (Bf.), geb. 1939, beantragte in seiner Einkommensteuererklärung 2012 unter dem Titel der außergewöhnlichen Belastungen die Berücksichtigung von Krankheitskosten iHv. insgesamt 12.536,36 Euro.

Ermittlungen des Finanzamtes ergaben, dass es sich dabei um die Kosten für stationäre Aufenthalte des Bf. sowie seiner Ehegattin in der Privatklinik X handelt. Der Bf. legte über Nachfrage der Abgabenbehörde zwei Rechnungen der Privatklinik X (je) vom 29. Oktober 2012 vor.

Die auf den Bf. ausgestellte Rechnung für den Aufenthalt von 18. bis 24. Oktober 2012 über den Gesamtbetrag von 7.826,10 Euro umfasst folgende Leistungen:

	Nettobetrag	zzgl. USt
Blutkonserven	436,05	10%
Röntgen	140,00	10%

PG abzgl. Sozialvers. lt. Vertrag	1.400,00	10%
Techn. Pauschale OP	2.636,36	10%
Labor	70,00	10%
Physikalische Therapie	145,44	10%
Ärztliches Honorar	2.515,46	0%

Beim Bf. wurde eine Gelenksarthrose im linken Knie diagnostiziert, weshalb eine Totalendoprothese implantiert wurde (s. OP-Bericht der Privatklinik vom 18. Oktober 2012).

Die auf die Ehefrau des Bf. lautende Klinikrechnung (stationärer Aufenthalt ebenfalls vom 18. bis 24. Oktober 2012) über insgesamt 4.660,76 Euro enthält folgende Leistungen:

	Nettobetrag	zzgl. USt
PG abzgl. Sozialvers. lt. Vertrag	1.400,00	10%
Techn. Pauschale OP	1.154,55	10%
Physikalische Therapie	181,80	10%
Ärztliches Honorar	550,26	0%
Ärztliches Honorar	1.100,51	0%

Die Ehefrau des Bf. wurde wegen Knorpeldefekten mit freien Gelenkskörpern (Gonarthrose) am rechten Kniegelenk operiert. Es erfolgte eine arthroskopische Sanierung des Gelenkes mit Knochenanbohrung, Knorpelglättung und Entfernung von Meniskusresten (OP-Bericht vom 18. Oktober 2012 sowie „Bestätigung“ Dris. Z vom 21. November 2013).

Die Vergütungen der gesetzlichen Sozialversicherung wurden in den Honorarnoten bereits entsprechend berücksichtigt (Mail der steuerlichen Vertretung vom 6. November 2013).

In seinem Ergänzungsersuchen vom 21. November 2013 führte das Finanzamt aus, dass *„höhere Aufwendungen als jene, die von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden, nur dann als außergewöhnliche Belastungen berücksichtigt werden können, wenn sie aus triftigen medizinischen Gründen erfolgen.“* Es werde daher nochmals um Nachweis des Vorliegens triftiger medizinischer Gründe für den Aufenthalt in der Privatklinik ersucht.

Daraufhin übermittelte der Bf. durch seine steuerliche Vertretung (stV) via Mail vom 4. Dezember 2013 zwei von Dr. YZ ausgestellte „fachärztliche Bestätigungen“ (je vom 21. November 2013).

Die den Bf. betreffende Bestätigung hat folgenden Wortlaut:

„Diagnose: deformierende Gonarthrose links

Es wird bestätigt, dass der Patient am 18.10.2012 wegen einer hochgradig schmerzhaften Funktionseinschränkung des linken Kniegelenkes operiert wurde. Es musste eine Totalendoprothese implantiert werden, um die Gehfähigkeit zu erhalten und vorzeitige Hilflosigkeit zu verhindern.“

Bezüglich der Gattin des Bf. wird Folgendes bestätigt:

„Diagnosen: Knorpeldefekte mit freien Gelenkskörpern bei Gonarthrose des rechten Kniegelenkes

Es wird bestätigt, dass die Patientin am 18.10.2012 wegen oben angeführter Diagnosen am rechten Kniegelenk operiert werden musste. Es erfolgte eine arthroskopische Sanierung des Gelenkes mit Anbohrung des Knochens, Entfernung freier Gelenkskörper, Knorpelglättung und Entfernung von Meniskusresten. Die Operation musste zur Erhaltung der Gehfähigkeit und Verhinderung vorzeitiger Hilflosigkeit durchgeführt werden.“

In einem ergänzenden E-Mail vom 13. Dezember 2013 bringt der Bf. (durch seine stV) vor, eine Durchführung der Operation außerhalb des Sanatoriums sei ihm auf Grund der Dringlichkeit nicht möglich gewesen, da er dafür in absehbarer Zeit keinen Termin erhalten hätte und die Operation unaufschiebbar gewesen sei. Nach § 135 Abs. 2 ASVG soll dem Versicherten die Auswahl zwischen mindestens zwei zur Behandlung berufenen, in angemessener Zeit erreichbaren Ärzten freigestellt sein. Der Versicherte dürfe nicht ausschließlich auf eigene Einrichtungen bzw. Vertragseinrichtungen des Versicherungsträgers verwiesen werden. Auch bei seiner Gattin habe die Dringlichkeit des Eingriffs die sofortige Operation in der Privatklinik notwendig gemacht. Ein Vertragsarzt hätte bezüglich dieser Operation(en) nicht dieselbe Leistung erbringen können wie Dr. YZ, der ausschließlich in der Privatklinik X operiere. Das Vertrauen des Patienten in den Arzt sei eines der Fundamente der Heilbehandlung. Die Kosten seien dem Bf. daher jedenfalls zwangsläufig entstanden.

Im angefochtenen (im Zuge einer Aufhebung nach § 299 BAO ergangenen) Abgabenbescheid verwehrte das Finanzamt den strittigen Kosten die Anerkennung als außergewöhnliche Belastungen. Dazu wird in der gesonderten Bescheidebegründung im Wesentlichen wie folgt ausgeführt: Die Aufzählung von Vorteilen der Sonderklasse, wie die Möglichkeit der Wahl des Krankenhauses, die Behandlung durch den Arzt des Vertrauens, schnellerer Heilungsprozess etc. rechtfertige noch nicht die Annahme des Vorliegens triftiger medizinischer Gründe. In den vorgelegten Bestätigungen, welche im Nachhinein ausgestellt wurden, werde *„auf keine medizinischen Notwendigkeiten bezüglich der Behandlung in einem Sanatorium verwiesen.“* Da sohin der Nachweis triftiger medizinischer Gründe nicht gelungen sei, sei bezüglich der fraglichen Kosten eine Zwangsläufigkeit iSd. § 34 EStG nicht gegeben.

In der dagegen erhobenen Beschwerde wird (in Ergänzung zum Mail vom 13. Dezember 2013) vorgebracht, der Bf. und seine Ehefrau seien wegen ihrer Beschwerden seit Jahren bei Dr. YZ in Behandlung. Daher habe sich zu ihm über die Jahre ein Vertrauensverhältnis aufgebaut. Dr. YZ verfüge über das Fachwissen und die Erfahrung, um diese äußerst

komplizierten Eingriffe durchzuführen; er sei auf diesem Gebiet der führende Orthopäde. Er führe seine Operationen ausschließlich in der Privatklinik X durch. Wie auch aus der fachärztlichen Bestätigung von Dr. YZ hervorgehe, sei die Operation deswegen in der Privatklinik durchgeführt worden, da eine Operation auf Grund der hochgradig schmerzhaften Funktionseinschränkung dringend notwendig gewesen sei. Eine Operation außerhalb der Privatklinik sei nicht möglich gewesen, da diese unaufschiebbar gewesen sei und in einem allgemeinen Krankenhaus in absehbarer Zeit kein Termin erhältlich gewesen wäre. Nur durch sofortige Operation hätten die Erhaltung der Gehfähigkeit und die Verhinderung vorzeitiger Hilflosigkeit gewährleistet werden können. Eine spätere medizinische Behandlung in einem allgemeinen Krankenhaus hätte mit großer Wahrscheinlichkeit zu einem ernsten gesundheitlichen Nachteil geführt. Der Versicherte sollte nicht einer einzigen Einrichtung des Versicherungsträgers oder einem einzigen Vertragsarzt gegenüber stehen, sondern zumindest einen weiteren Arzt zur Auswahl haben, der nicht Vertragsarzt ist. Das Gesetz verlange nicht, dass der Versicherte nur dann einen Wahlarzt aufsuchen dürfe, wenn ihm kein Vertragsarzt oder keine entsprechende Vertragseinrichtung zur Verfügung steht.

Das Bundesfinanzgericht hat erwogen:

Bei Ermittlung des Einkommens sind gemäß § 34 Abs. 1 EStG 1988 nach Abzug der Sonderausgaben (§ 18) außergewöhnliche Belastungen abzuziehen. Die Belastung muss außergewöhnlich sein, zwangsläufig erwachsen und die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit wesentlich beeinträchtigen. Diese Voraussetzungen müssen kumulativ vorliegen.

Die Belastung ist gemäß § 34 Abs. 3 EStG 1988 dann zwangsläufig, wenn der Steuerpflichtige sich ihr aus tatsächlichen, rechtlichen oder sittlichen Gründen nicht entziehen kann.

Als außergewöhnliche Belastungen kommen ua. auch Krankheitskosten, wie zB Kosten für Arzt und Krankenhaus, in Betracht.

Im anhängigen Verfahren hat das Finanzamt bereits zutreffend darauf verwiesen, dass nach der Judikatur solche Aufwendungen grundsätzlich auch dann zwangsläufig sein können, wenn sie die durch die gesetzliche Krankenversicherung gedeckten Kosten übersteigen. Sie müssen jedoch aus triftigen medizinischen Gründen anfallen (zB bei erwarteten – konkreten - Komplikationen oä.). Bloße Wünsche und Vorstellungen der Betroffenen über eine bestimmte medizinische Betreuung sowie allgemein gehaltene Befürchtungen bezüglich der vom Träger der gesetzlichen Krankenversicherung übernommenen medizinischen Betreuung stellen noch keine triftigen medizinischen Gründe dar (vgl. zB VwGH vom 13. Mai 1986, 85/14/0181; VwGH vom 19. Februar 1992, 87/14/0116; VwGH vom 11. Juli 1961, 531/59; uva.).

Der Bf. begründet die Zwangsläufigkeit der geltend gemachten Krankheitskosten im Wesentlichen damit, dass die beiden Operationen auf Grund der hochgradig schmerzhaften Funktionseinschränkungen dringend notwendig und unaufschiebbar

gewesen wären. Nur die sofortige Durchführung der Operationen habe die Erhaltung der Gehfähigkeit gewähren und den Eintritt vorzeitiger Hilflosigkeit verhindern können. Eine spätere medizinische Behandlung in einem allgemeinen Krankenhaus hätte mit großer Wahrscheinlichkeit zu einem ernsthaften gesundheitlichen Nachteil geführt. Ein Vertragsarzt hätte zudem nicht dieselbe Leistung wie Dr. Z erbringen können, welcher jedoch ausschließlich in der Privatklinik X operiere. Schließlich werde auf das im ASVG normierte Recht auf freie Arztwahl hingewiesen.

Auch wenn der Entschluss, sich im Falle einer Operation an den Arzt des Vertrauens zu wenden, grundsätzlich verständlich und nachvollziehbar ist, so konnten die strittigen Aufwendungen dennoch auf Grund der gegebenen Sach- und Rechtslage steuerlich nicht als außergewöhnliche Belastungen berücksichtigt werden:

Der Bf. legte zum Zwecke des Nachweises seines Vorbringens die oa. Bestätigungen Dris. Z vom 21.11.2013 vor. Es ist schon nach der allgemeinen Lebenserfahrung wenig einsichtig, weshalb im Falle von schmerzhaften Kniebeschwerden - wenn keine weiteren konkreten Risikofaktoren für Gesundheit oder Leben hinzutreten - eine sofortige Operation dringend geboten sein soll. Aber selbst den – nur sehr allgemein gehaltenen - Bestätigungen ist weder die behauptete Dringlichkeit der operativen Eingriffe, noch zu entnehmen, dass die Operationen ausschließlich in der Privatklinik X bzw. nur durch Dr. Z persönlich vorgenommen werden konnten oder mussten. Die beim Bf. sowie seiner Gattin diagnostizierten Funktionsbeeinträchtigungen im Knie waren zweifelsohne schmerzhaft und Dr. Z mag auf dem Gebiet der Orthopädie ein anerkannter Spezialist sein. Es ist aber nicht ersichtlich (und war bei den diagnostizierten Kniebeschwerden auf Grund der Lebenserfahrung auch nicht zu erwarten), dass eine Operation zu einem späteren Zeitpunkt bzw. durch einen anderen Arzt und/oder in einem „Vertragsspital“ (konkrete) gröbere Komplikationen medizinischer Art oder schwerwiegende gesundheitliche Nachteile nach sich gezogen hätte. Insbesondere Arthroskopien gelten bei allen Krankenhäusern, die über orthopädische Abteilungen verfügen, mittlerweile als Routineeingriffe.

Triftige medizinische Gründe im oa. (steuerlichen) Sinne liegen aber nur dann vor, wenn ohne die mit (in diesem Fall sogar bedeutend) höheren Kosten verbundene medizinische Betreuung konkrete, ernsthafte gesundheitliche Schäden drohen. Dass etwa die Gehfähigkeit durch einen späteren Eingriff oder im Falle einer medizinischen Betreuung durch einen anderen Arzt nicht erhalten werden hätte können, geht aus den vorliegenden Beweismitteln nicht einmal ansatzweise hervor. Die angeführte „vorzeitige Hilflosigkeit“ wird ebenso wenig näher konkretisiert.

Ins Auge sticht überdies, dass sowohl der Bf. als auch seine Ehefrau am selben Tag operiert wurden. Es ist wenig glaubhaft, dass bei beiden die „Dringlichkeit“ der Eingriffe just zum selben Zeitpunkt gegeben gewesen sein soll (ganz abgesehen davon, dass – siehe oben – bei beiden Knieoperationen eine „Dringlichkeit“ nicht nachgewiesen werden konnte und auch auf Grund der Art der Beschwerden nicht plausibel erscheint). Diese offensichtliche Terminkoordination spricht klar gegen die behauptete Unaufschiebbarkeit der

Operationen. Dazu kommt, dass der Bf. und seine Gattin schon seit Jahren wegen ihrer Beschwerden bei Dr. Z in Behandlung waren (s. Beschwerde S. 2), weshalb es das BFG nicht als plausibel erachtet, dass (bei beiden Ehegatten) die diagnostizierten Probleme plötzlich und akut (zum selben Zeitpunkt) eingetreten sein sollen (gerade die Gonarthrose zählt zu den verschleißbedingten und im Regelfall nach und nach eintretenden Kniebeschwerden). Es ist vielmehr von einer längerfristigen Krankheitsentwicklung auszugehen, sodass sich – nicht zuletzt auf Grund der bereits mehrere Jahre währenden Behandlung durch den Vertrauensarzt - schon länger abgezeichnet haben musste, dass eine Behebung der Einschränkungen uU. durch die letztlich getätigten Eingriffe erreichbar sein würde.

Die Privatklinik X ist zweifellos ein Krankenhaus mit gehobener Ausstattung. Auf der Homepage wird der gebotene „Hotelkomfort“ besonders betont (*„Wir legen Wert auf höchstes Niveau, auch ... beim Komfort. ... Die Ausstattung der Zimmer mit W-LAN, Radio, Telefon, Umluftkühlung, Minibar, Safe und SAT-Fernsehen macht den Aufenthalt in der Klinik mit dem Wohnen in einem Hotel vergleichbar...“*). Der Kostenanteil, der auf diesen „Hotelkomfort“ entfällt, scheidet schon von vornherein als „zwangsläufig erwachsen“ im oben dargelegten Sinne aus.

Wenn der Bf. schließlich auf die im ASVG verankerte Möglichkeit der freien Arztwahl verweist, so ändert diese nach Sozialversicherungsrecht bestehende Wahlfreiheit dennoch nichts an dem Umstand, dass eine steuerliche (!) Berücksichtigung des über die sozialversicherungsrechtlich gedeckten Kosten hinausgehenden Mehraufwandes nur im Falle des Vorliegens triftiger medizinischer Gründe zulässig ist.

Das Vorliegen derartiger triftiger medizinischer Gründe konnte jedoch im Beschwerdefall weder nachgewiesen noch glaubhaft gemacht werden, weshalb spruchgemäß zu entscheiden war.

Zur Unzulässigkeit der Revision: Eine Rechtsfrage von grundsätzlicher Bedeutung liegt im vorliegenden Fall nicht vor, da sich das BFG auf hinreichend vorhandene – teils oben zitierte – VwGH-Judikatur stützen konnte. Eine Revision an den VwGH war daher nicht zuzulassen.

Graz, am 17. September 2014