

IM NAMEN DER REPUBLIK

Das Bundesfinanzgericht hat durch die Richterin R in der Beschwerdesache Bf., Adr., über die Beschwerde vom 12. Februar 2016 gegen den Bescheid der belangten Behörde Finanzamt Judenburg Liezen vom 14. Jänner 2016, betreffend Einkommensteuer 2014 (Arbeitnehmerveranlagung), StNr. 123, zu Recht erkannt:

Die Beschwerde wird gemäß § 279 BAO als unbegründet abgewiesen.

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

Entscheidungsgründe

Der Beschwerdeführer, im Folgenden kurz Bf. genannt, beantragte im Zuge der Arbeitnehmerveranlagung 2014 Krankheitskosten in Höhe von 11.254,42 €. Mit Schreiben vom 1. Dezember 2015 wurde er vom Finanzamt aufgefordert, die beantragten außergewöhnlichen Belastungen anhand von geeigneten Unterlagen nachzuweisen und Vergütungen bekanntzugeben. Unter den vorgelegten Nachweisen befand sich auch eine Rechnung über Behandlungskosten für den stationären Aufenthalt seiner Frau in der X Privatklinik vom 18.9. bis zum 21.9.2014 über 3.682,93 €.

Mit Bescheid vom 14. Jänner 2016 anerkannte das Finanzamt die geltend gemachten Krankheitskosten - mit Ausnahme der oben genannten Rechnung - unter Anrechnung des Selbstbehaltes als außergewöhnliche Belastung. Begründet wurde die Erledigung wie folgt: "Für die Absetzbarkeit der Kosten der Privatklinik ist eine ärztl. Bestätigung erforderlich, aus der hervorgeht, dass in einem 'normalen Krankenhaus' (wo die Kosten von der gesetzlichen Krankenkasse zur Gänze übernommen worden wären) die durchgeführte Behandlung aus TRIFTIGEN MEDIZINISCHEN GRÜNDEN nicht möglich gewesen wäre, und deshalb die Behandlung in der Privatklinik NOTWENDIG war. Allgemein gehaltene Befürchtungen gegenüber den Träger der gesetzlichen Krankenversicherung stellen noch keinen triftigen Grund dar eine Privatklinik aufzusuchen. Daher konnten die Kosten für den Aufenthalt in der X Privatklinik nicht berücksichtigt werden."

Gegen diese Entscheidung wurde Beschwerde erhoben und Folgendes vorgebracht:

"Nach sehr starken Rückenschmerzen und dem Besuch beim Hausarzt wurde beim Röntgeninstitut am 14.1.2014 in Y ein MR gemacht. Darauf erfolgte mit dem MR ein Besuch bei Hr. Prim. Dr. Arzt1 (Leiter der Orthopädie im Krankenhaus S) in seiner Privatordination. Als Therapie wurden Übungen und Schmerztabletten verordnet. Der nächste Besuch bei einem Spezialisten in seiner Privatordination in T: Dr. med. Arzt2, Facharzt für Physikalische Medizin (Leiter des AKH-Institutes für Physikalische Medizin in O). Auch hier wurde die Ursache der Schmerzen nicht erkannt und Bauchmuskelübungen zur Stärkung der Muskulatur verordnet. Die Schmerzen wurden immer stärker, dass sogar Schlafen nicht immer möglich war. Nach intensiver Suche wurden wir auf Univ. Doz. Dr. Arzt3 in A aufmerksam. Bei unserem Besuch am 30. Juli stellte er sofort mit Hilfe der mitgebrachten MR die Ursache der starken Schmerzen fest, die weder vom Röntgeninstitut, noch von den bisher besuchten Spezialisten erkannt wurden. Die starken Schmerzen wurden nicht von den Bandscheiben, sondern von einer Zyste im Wirbelkanal verursacht, die jederzeit eine Lähmung der unteren Gliedmaßen verursachen kann. Trotz der hohen Kosten war es klar, dass wir diese Operation sobald als möglich und nur von Hr. Dr. Arzt3 durchführen lassen und nicht von jemanden, der nicht einmal die Ursache auf Grund der mitgebrachten MR erkennt. Seit der Operation ist meine Frau komplett schmerzfrei. Allgemein gehaltene Befürchtungen gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung waren wie aus den Unterlagen hervorgeht nicht der Grund die Operation in einer Privatklinik zu machen, sondern allein einen erfahrenen Spezialisten für diese Operation gefunden zu haben."

Beigelegt waren die Rechnung der X Privatklinik vom 30.9.2014 über 3.682,93 € und zwei Zahlungsbelege. Die Rechnung schlüsselte sich wie folgt auf:

3	Aufz. Sond.Klasse	10%	572,79 €
3	Qualitätsbonus	10%	120,84 €
1	techn. Pauschale OP6	0%	1.186,11 €
1	Hauptth. oper. OP6	0%	1.746,11 €
1	Klin. Konsilien (Innere Medizin)	0%	56,5 €
			3.682,93 €

Weiters wurde eine Rechnung des Prim. Dr. Arzt1 (Facharzt für Orthopädie und Orth. Chirurgie, Facharzt für Sportorthopädie) vom 4.2.2014 über 75 € vorgelegt, die als Diagnose Multi seg Bandscheiben dy., (unleserlich) L3/L4 - (unleserlich) aufweist und als Leistungen Erstuntersuchung, Neurol. Status, Beratung, ausführliche Aufklärung anführt.

Die dritte vorgelegte Rechnung vom 10.2.2014 über 85 €, ausgestellt von Dr. med. Arzt2 (FA für Physikalische Medizin, Arzt für Allgemeinmedizin), gibt als Diagnose Lumbosacralgie, Spondylose, Spondylarthrose an und verzeichnet folgende Leistungen: 1

Tagesordination, 1 Ausführliche diagn.-therap. Aussprache, 1 Chirother. a.d. Wirbelsäule, 1 Kombinierte Ströme, 1 Ultraschall, 1 Heilmassage.

Die vierte Rechnung vom 30.7.2014, ausgestellt von Univ. Doz. Dr. Arzt3 (Facharzt für Neurochirurgie), über 120 € für eine Erstordination und Befundbesprechung nennt als Diagnose: Vertebrostenose L3/L4.

Weiters wurde ein einseitiger Bericht von Univ. Prof. Arzt3 über vollendoskopische Bandscheibenoperationen vorgelegt, die in der Bandscheiben Klinik V und in der X Privatklinik/Y durchgeführt werden.

Mit Beschwerdeverentscheidung vom 17. Mai 2016 wurde die Beschwerde vom Finanzamt mit folgender Begründung abgewiesen: "Aufwendungen, die einem Steuerpflichtigen für die eigene medizinische Betreuung oder für die medizinische Betreuung eines berechtigten Angehörigen erwachsen, können auch dann zwangsläufig anfallen, wenn sie die durch die gesetzliche Krankenversicherung gedeckten Kosten übersteigen, sofern die höheren Aufwendungen aus triftigen medizinischen Gründen anfallen. Bloße Wünsche und Vorstellungen der Betroffenen über eine bestimmte medizinische Betreuung sowie allgemein gehaltene Befürchtungen bezüglich der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung übernommenen medizinischen Betreuung stellen noch keine triftigen medizinischen Gründe für Aufwendungen dar, die die durch die gesetzl. Krankenversicherung gedeckte Kosten übersteigen; die triftigen medizinischen Gründe müssen vielmehr in feststehenden oder sich konkret abzeichnenden ernsthaften gesundheitlichen Nachteilen bestehen, die ohne die mit höheren Kosten verbundene medizinische Betreuung eintreten würden. Ein Nachweis, dass eine Operation generell von Nöten war, reicht nicht aus. Vorzulegen wäre eine klar und unmissverständliche Bestätigung eines Arztes über die Notwendigkeit der Behandlung in dieser Privatklinik."

Gegen diese Entscheidung wurde Einspruch erhoben, der als Vorlageantrag gewertet wird. Der Bf. wendet ein, dass in der Privatklinik teilweise eine Direktverrechnung mit Krankenkassen erfolgen würde und es unverständlich sei, wenn man als Patient 2. Klasse die Operation selbst bezahlen müsse und keine außergewöhnliche Belastung anerkannt werde.

Über die Beschwerde wurde erwogen:

Die Ehefrau des Bf. litt unter starken Rückenschmerzen, weshalb nach einem Besuch beim Hausarzt am 14. Jänner 2014 eine MR-Untersuchung bei einem Röntgeninstitut in Y gemacht wurde. Am 4. Februar 2014 erfolgte mit den Ergebnissen der MR eine Erstuntersuchung bei einem Facharzt für Orthopädie und Orth. Chirurgie in D, der nach Angaben des Bf. Übungen und Schmerztabletten verordnete. 6 Tage später, am 10. Februar 2014, wurde ein Facharzt für Physikalische Medizin in T aufgesucht, der lt. den Angaben des Bf. Bauchmuskelübungen zur Stärkung der Muskulatur verordnete. Die Schmerzen nahmen zu und es wurde schließlich am 30. Juli 2014 der Facharzt für Neurochirurgie Univ.Do. Dr. Arzt3 in Y besucht, der eine Vertebrostenose L3/L4 diagnostizierte. Bei einer solchen Wirbelkanalstenose handelt es sich um eine Engstelle

im Wirbelkanal. Die Ehefrau des Bf. befand sich sodann vom 18.9. bis 21.9.2014 als Privatpatientin in der X Privatklinik und unterzog sich dort einer Operation durch diesen Arzt. An Aufenthalts- und Behandlungskosten wurde von der Privatklinik ein Betrag von 3.682,93 € verrechnet, der in zwei Teilbeträgen am 18.9. und 29.10.2014 beglichen wurde.

Strittig ist, ob diese Aufwendungen als außergewöhnliche Belastung anzuerkennen sind.

Nach § 34 Abs. 1 EStG 1988 sind bei der Ermittlung des Einkommens (§ 2 Abs. 2) nach Abzug der Sonderausgaben (§ 18) außergewöhnliche Belastungen abzuziehen. Die Belastung muss dabei außergewöhnlich sein (Abs. 2), zwangsläufig erwachsen (Abs. 3) und die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit wesentlich beeinträchtigen (Abs. 4).

Nach § 34 Abs. 3 EStG 1988 erwächst dem Steuerpflichtigen eine Belastung zwangsläufig, wenn er sich ihr aus tatsächlichen, rechtlichen oder sittlichen Gründen nicht entziehen kann.

Solche tatsächlichen Gründe, die die Zwangsläufigkeit der Belastung zu begründen vermögen, können insbesondere in der Krankheit, Pflegebedürftigkeit oder Betreuungsbedürftigkeit des Steuerpflichtigen gelegen sein (VwGH 1.9.2015, 2012/15/0117; VwGH 26.5.2010, 2007/13/0051).

Nach dem Erkenntnis des VwGH 11.2.2016, 2013/13/0064, ist die Zwangsläufigkeit des Aufwands stets nach den Umständen des Einzelfalls zu prüfen. Bloße Wünsche, Befürchtungen oder Standesrücksichten der Betroffenen reichen nicht, um die Zwangsläufigkeit zu rechtfertigen. Zu den als außergewöhnliche Belastung abzugsfähigen Krankheitskosten zählen nur Aufwendungen für solche Maßnahmen, die zur Heilung oder Linderung einer Krankheit nachweislich notwendig sind (vgl. VwGH 4.9.2014, 2012/15/0136; VwGH 22.12.2004, 2001/15/0116). Auch Aufwendungen, die nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden, können dem Steuerpflichtigen zwangsläufig erwachsen, wenn sie aus triftigen Gründen medizinisch geboten sind (vgl. Fuchs in Hofstätter/Reichel, Einkommensteuer-Kommentar, § 34 EStG 1988 Einzelfälle ABC "Krankheitskosten" mit Judikaturhinweisen).

Die triftigen medizinischen Gründe müssen in feststehenden oder sich konkret abzeichnenden ernsthaften gesundheitlichen Nachteilen bestehen, welche ohne die mit höheren Kosten verbundene medizinische Betreuung eintreten würden (VwGH 19.2.1992, 87/14/0116; VwGH 13.5.1986, 85/14/0181).

Der Bf. führte aus, dass weder das zuvor besuchte Röntgeninstitut noch die zwei vorher konsultierten Fachärzte die Ursache der Schmerzen erkannt hätten und die Gattin daher die Operation von einem erfahrenen Spezialisten in einer Privatklinik durchführen ließ. Damit hat der Bf. dargetan, dass die Operation von einem Facharzt ihres Vertrauens in der X Privatklinik vorgenommen worden ist, und ist diese Wahl eines Vertrauensarztes und damit verbunden die Entscheidung, die Operation auf eigene Kosten in einer Privatklinik durchführen zu lassen, verständlich und nachvollziehbar. Zu einer Steuerreduktion können diese Aufwendungen aber nur dann führen, wenn sie aus triftigen Gründen medizinisch geboten sind. Die Beweislast, dass sämtliche Voraussetzungen für eine Anerkennung

als außergewöhnliche Belastung vorliegen, obliegt dabei dem Steuerpflichtigen (vgl. BFG 9.7.2015, RV/5101381/2014). Zweckdienliche Nachweise, wie zB eine ärztliche Bestätigung, aus der sich ergibt, dass sich im Einzelfall die angezeigte Behandlung in der Privatklinik durch den bestimmten Arzt als notwendig erwiesen hat, wurden vom Bf. im anhängigen Verfahren nicht vorgelegt, obwohl darauf im Bescheid und in der Beschwerdeentscheidung hingewiesen wurde.

Aus den Rechnungen mit kurzen Diagnosen und einem Bericht über die in der Privatklinik und in einer weiteren Bandscheibenklinik vorgenommenen vollendoskopischen Bandscheibenoperationen ist nicht zu entnehmen, dass triftige medizinische Gründe für die Operation in einer Privatklinik vorlagen. Es wurde auch nicht konkret aufgezeigt, welche gesundheitlichen Nachteile der Ehegattin erwachsen wären, wenn sie den Wirbelsäuleneingriff in einem Krankenhaus auf einer Neurochirurgischen Abteilung hätte durchführen lassen, in dem die Kosten durch die gesetzliche Krankenversicherung gedeckt gewesen wären.

Dem Konzept der außergewöhnlichen Belastung liegt der Gedanke zu Grunde, dass die inländischen Steuerpflichtigen eine Gemeinschaft bilden, die in Ausnahmefällen die Belastung einzelner mitträgt. Im Wesentlichen sollen durch die Vorschriften der außergewöhnlichen Belastung den einzelnen Steuerpflichtigen betreffende Sachverhaltskonstellationen berücksichtigt werden, die es rechtfertigen, den durch die Steuerermäßigung eintretenden Steuerausfall auf die Allgemeinheit abzuwälzen (Hofstätter/Reichel, Die Einkommensteuer - Kommentar, § 34 EStG, Tz 2). Unter Berücksichtigung dieses Gedankens, kann man nicht zum Ergebnis gelangen, dass eine mit hohen Kosten verbundene Operation in einer Privatklinik teilweise mit Mitteln aus dem Steueraufkommen der Allgemeinheit zu finanzieren ist, wenn der Steuerpflichtige für seine Krankheit die Operation nach den allgemein üblichen wissenschaftlichen Methoden auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung in einem öffentlichen Krankenhaus in Anspruch hätte nehmen können. Aus der Tatsache, dass die Pflichtversicherung diese Kosten, die auch nicht durch eine Zusatzversicherung gedeckt waren, nicht übernommen hat, kann nicht abgeleitet werden, dass jedenfalls die Allgemeinheit einen Finanzierungsbeitrag in Form einer Steuererleichterung zu leisten hätte, wie dies der Bf. in seinem Vorlageantrag vermeint.

Da gegenständlich das Vorliegen triftiger medizinischer Gründe für die Behandlung in der Privatklinik lediglich behauptet, ein solcher Nachweis aber nicht gelungen ist, fehlt es den vom Bf. in diesem Zusammenhang getätigten Aufwendungen an der Zwangsläufigkeit im Sinne des § 34 Abs. 3 EStG 1988, weshalb die von ihm geltend gemachten Kosten in Höhe von 3.682,93 € nicht als außergewöhnliche Belastung abzugsfähig sind.

Dem Beschwerdebegehren war daher nicht zu entsprechen.

Zulässigkeit einer Revision

Gegen ein Erkenntnis des Bundesfinanzgerichtes ist die Revision zulässig, wenn sie von der Lösung einer Rechtsfrage abhängt, der grundsätzliche Bedeutung zukommt,

insbesondere weil das Erkenntnis von der Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes abweicht, eine solche Rechtsprechung fehlt oder die zu lösende Rechtsfrage in der bisherigen Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes nicht einheitlich beantwortet wird. Das Bundesfinanzgericht stützt sich in seiner Entscheidung auf die oben zitierte Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes. Die Frage, ob triftige medizinische Gründe vorliegen, ist von den Umständen des Einzelfalles abhängig, die in freier Beweiswürdigung zu beurteilen sind. Es handelt sich dabei um eine Tat- und nicht um eine Rechtsfrage, weshalb eine ordentliche Revisionsmöglichkeit nicht zugelassen wurde.

Graz, am 3. Dezember 2018