

IM NAMEN DER REPUBLIK

Das Bundesfinanzgericht hat durch die Richterin***Ri*** in der Beschwerdesache ***Bf1***, vertreten durch Notar Mag. Theodor Größing, Hauptplatz 14, 8700 Leoben, über die Beschwerde vom 21. Oktober 2019 gegen den Bescheid des Finanzamtes Bruck Leoben Mürzzuschlag vom 27. September 2019 betreffend Einkommensteuer (Arbeitnehmerveranlagung) 2018, Steuernummer ***BF1StNr1***, zu Recht erkannt:

Der Beschwerde wird gemäß § 279 BAO teilweise Folge gegeben.

Der angefochtene Bescheid wird abgeändert.

Die Bemessungsgrundlage und die Höhe der festgesetzten Abgabe sind dem als Beilage angeschlossenen Berechnungsblatt zu entnehmen und bilden einen Bestandteil des Spruches dieses Erkenntnisses.

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

Entscheidungsgründe

Herr ***1*** (im Folgenden auch Beschwerdeführer / Bf. genannt) beantragte in seiner am 03.05.2019 elektronisch eingebrachten Arbeitnehmerveranlagung für das Jahr 2018 neben Werbungskosten und Sonderausgaben auch Aufwendungen für außergewöhnliche Belastungen (Krankheitskosten 6.911,26 € und Kurkosten 237,20 €) zu berücksichtigen.

Im Zuge eines Vorhalteverfahrens vor dem Finanzamt legte der Beschwerdeführer folgende Unterlagen vor:

Medikamentenrechnungen für sich selbst iHv 298,05 € und für seine Ehegattin iHv 405,75 €, Rechnung des Österreichischen Roten Kreuz vom 31.03.2018 für Pflege und Betreuung der Ehegattin des Bf. von 159,67 €, Rechnung von ***2*** vom 29.08.2018 von 29,90 € für eine Greifzange, Zahlungsbestätigung von Dr. ***3*** vom 22.10.2018 von 60 € für ein Attest, Rechnungen des ***4***, Ärzte- und Therapiezentrum, OA Dr. ***5***, Facharzt für Neurochirurgie, an die Ehegattin des Bf. vom 18.07.2018 über 150 € und vom 03.10.2018 über

100 €, Rechnung des Orthopädischen Spitals ***6***/Wien an die Ehegattin des Bf. vom 30.10.2018 über 5.983,64 € für den stationären Aufenthalt vom 27.07. bis 29.08.2018. Mit Einkommensteuerbescheid vom 27.09.2019 anerkannte das Finanzamt die beantragten Werbungskosten und Sonderausgaben sowie den Freibetrag wegen eigener Behinderung iHv € 840,00, nachgewiesene Kosten aus der eigenen Behinderung von 290,15 € und nachgewiesene Kosten aus der Behinderung der Ehegattin von 703,27 € als außergewöhnliche Belastung. Begründend wurde ausgeführt:

„Medikamente ohne ärztliche Verordnung finden als zusätzliche Krankheitskosten keine Anerkennung.

Die Kosten für das Rote Kreuz sind mit dem Pflegegeld abgegolten.

Bei den Kurkosten wurde eine Haushaltsersparnis in Höhe von € 5,23/täglich abgezogen.

*Die Krankheitskosten für das Orthopädische Spital ***6*** sind nicht anzuerkennen, da das Merkmal der Zwangsläufigkeit fehlt.*

Grundsätzlich sind Kosten für eine Privatklinik nur dann absetzbar, wenn eine medizinische Notwendigkeit vorliegt. Diese ist durch eine ärztliche Verordnung bzw. durch einen Zuschuss der Sozialversicherung nachzuweisen.

Aus den vorgelegten Unterlagen ist kein Hinweis zu finden, dass eine Behandlung außerhalb der Sonderklasse zu ernsthaften gesundheitlichen Nachteilen geführt hätte bzw. keine triftigen Gründe für eine Behandlung vorliegen, daher sind die angefallenen Kosten nicht abzugsfähig. Wir haben den erhöhten Pensionistenabsetzbetrag nicht berücksichtigt.

Der Grund: Die Einkünfte Ihrer Ehepartnerin/Ihres Ehepartners oder Ihrer eingetragenen Partnerin/Ihres eingetragenen Partners sind höher als der Grenzbetrag von 2.200 Euro.“

Dagegen erhob der Bf. fristgerecht die Beschwerde und führte aus, dass alle Medikamente auf Grund seiner Erkrankungen Diabetes II, Herzerkrankung, Onychomykose und schwere Depression ärztlich dauerhaft verordnet seien. Die Operation der Ehegattin im Orthopädischen Spital ***6*** sei ärztlich verordnet worden bzw. werde der Zuschuss durch die GKK nachgewiesen. Die Operation habe wegen der Lockerung der Schrauben zwingend erfolgen müssen. Als Beilage wurde der internistische Befund des Dr. ***7*** vom 24.07.2019 mit der Verordnung von diversen Medikamenten und die Bestätigung der GKK vom 02.10.2019 über die Übernahme der Kosten der allgemeinen Gebührenklasse für den stationären Aufenthalt der Ehegattin vom 27.07. bis 29.08.2018 angefügt.

Ergänzend teilte der Beschwerdeführer mit:

„Seine Ehegattin musste sich auf Grund Ihres Leidensweges beziehungsweise der Abnutzung der Wirbelsäule nach mehr als 40 jähriger Schwerarbeit im Alter von 79 Jahren im Jänner 2018 einer Wirbelsäulenoperation unterziehen .

Leider führte die Operation nicht zu einer Schmerzlinderung, im Gegenteil - es folgte eine weitere Operation im April 2018 , welche wiederum in einer Schraubenlockerung endete. Auf Grund der enormen Schmerzen wurde von Jänner bis Juli 2018 die Medikation von hochdosierten Morphinum verordnet, mit den dementsprechenden Nebenwirkungen.

Zwischenzeitlich hatte die Patientin einen Gewichtsverlust von mehr als 20 kg, und schlitterte zudem in eine schwere Depression und Schmerzmittelabhängigkeit. Zudem war auf Grund weiterer Schraubenlockerungen ein aufrechter Gang nicht mehr möglich, und konnte das Bett kaum mehr verlassen werden.

Wir denken dass es nachvollziehbar sein sollte, dass das Vertrauen in den behandelten Arzt gebrochen ist, und die Angst einer neuerlichen Revision vorherrschend war. Ich bitte Sie dabei

auch das Alter von Frau ***8*** zu berücksichtigen .

Im Juli 2018 wurde eine zusätzliche Schmerztherapie im LKH ***9*** durch die Hausärztin Frau Dr. ***10***, ***11*** angeordnet, mit dem Hinweis darauf, dass eine weitere Operation auf Grund des CT Befundes vom 11.06.2018 mit einer zusätzlichen Anschlussinstabilität L1 / L 2 und wiederholten Lockerungssaum um die eingebrachten Schrauben unumgänglich sei.

Das LKH ***9*** bzw. die orthopädische Chirurgie hat eine Operation jedoch auf Grund der Komplikationen abgelehnt und an die primär operierende Einheit verwiesen, überhaupt wurden wir allgemein darauf hingewiesen, dass sich kein Arzt mehr finden werde, der „da überhaupt noch eingreifen werde !!

Einzig das Orthopädische Spital ***6*** bzw. Dr. ***5*** „traute sich eine Revisionsoperation überhaupt zu“ und wurde diese auch erfolgreich abgeschlossen.

Als Beilage haben wir den Operationsbericht bzw. die Diagnose des Orthopädischen Spital ***6***, sowie den Arztbrief des Dr. ***5*** beigelegt.

Weiters den CT Befund zu dem Zustand nach der Spondylodese sowie die Anamnese des LKH ***9***.“

Mit Beschwerdeverentscheidung vom 12.02.2020 wurde die Beschwerde abgewiesen. Das Finanzamt führte hierzu unter Verweis auf die gesetzliche Bestimmung des § 34 EStG 1988 in der Begründung aus:

„Die Aufwendungen für Krankheitskosten, die nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden, sind nur dann als zwangsläufig erwachsen zu berücksichtigen, wenn sie aus triftigen Gründen medizinisch geboten sind.

Im vorliegenden Fall ist unbestritten davon auszugehen, dass für die durchgeführte Operation medizinische Gründe gegeben waren. Dies ergibt sich unzweifelhaft aus dem vorgelegten Arztbrief.

Die Entfernung aller Schrauben und Neubesetzung mit zementaugmentierten Schrauben wird auch in zahlreichen öffentlichen Spitälern durchgeführt und von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt.

Anbetracht des angeführten Krankheitsverlaufs (Schmerzsymptomatik) ist davon auszugehen, dass eine Operation in der normalen Gebührenklasse ebenfalls hätte erfolgen müssen.

Die Abgabepflichtige brachte vor, dass die Operation in einem öffentlichen Krankenhaus zwar möglich gewesen wäre, aber das Vertrauen zum Arzt nicht mehr vorhanden war.

Auch das Alter der Abgabepflichtigen vermag für sich alleine noch keinen triftigen medizinischen Grund für eine Behandlung in einem Privatspital darstellen.

Wenngleich daher die Entscheidung für die Operation in der Privatklinik plausibel und menschlich verständlich ist, sind die Aufwendungen dafür nicht zwangsläufig erwachsen.

Die Aufwendungen konnten daher nicht als außergewöhnliche Belastung berücksichtigt werden.“

Dagegen stellte der Bf. fristgerecht den Antrag auf Entscheidung über die Bescheidbeschwerde durch das Bundesfinanzgericht (Vorlageantrag). Der Bf. wiederholte im Wesentlichen sein Vorbringen aus der Beschwerde. Ergänzend führte er aus, dass kein öffentliches Spital die zwingend erforderliche OP seiner Ehegattin durchführen habe wollen (siehe beiliegender ärztlicher Entlassungsbrief des LKH ***9*** Seite 2) und die Patientin an die primär operierende Einheit, nämlich die Privatklinik ***12*** verwiesen worden sei. Hinter vorgehaltener Hand sei dem Beschwerdeführer vermittelt worden, dass kein Arzt die Verantwortung zu einer Revisionsoperation an einer knapp 80-jährigen Patientin übernehmen werde. Auch Argumente

über nicht verfügbare notwendige Behandlungsmaterialien, jedes Spital habe andere Operationstechniken, oder über lange Wartezeiten in öffentlichen Spitälern wurden genannt. Die Hausärztin habe feststellen müssen, dass die Ehegattin des Bf. vom LKH ***9*** nicht für eine Operation aufgenommen, sondern nur eine Schmerzbehandlung durchgeführt worden sei. Die Tochter des Beschwerdeführers ersuche um Verständnis, dass es auf Grund des gesundheitlichen Zustandes und des fortgeschrittenen Alters der Mutter nicht möglich gewesen sei, sie weiterhin in diesem Leidenszustand zu belassen und sie seien dem operierenden Arzt im Orthopädischen Spital ewig dankbar, dass er die Patientin übernommen habe, wozu die öffentlichen Spitäler nicht bereit gewesen seien.

Im beiliegenden ärztlichen Entlassungsbrief des LKH ***9*** vom 11.07.2018 wurde auszugsweise angeführt:

„Anamnese und Begründung für den stat. Aufenthalt:

Bei der Pat. wurde im Jänner 2018 eine dorsale Spondylodese L2-S1 und im April 2018 eine Arthrodesse des ISG re. durchgeführt, beide OP's brachten der Pat. keine Schmerzlinderung. Aktuell Schmerzen lumbogluteal mit Ausstrahlung in die UE re. und in die re. Leiste mit Punctum maximum Unterschenkel. Stationäre Aufnahme zur Durchführung einer polymodalen Therapie zur Schmerzreduktion.

.....

Therapie und Verlauf:

Polymodale physikalische Therapie mit folgenden Anwendungen:

Aktiv: Bewegungstherapie einzeln, Schultergruppe.

Passiv: Manipulativmassage Schulter re., Fußreflexzonenmassage, Moorpackungen warm Schulter re., elektrische Schmerzdämpfung und Detonisierung/Hochvolt LWS.

Zusätzlich erhielt die Pat. am 02.07. eine Caudablockade unter sterilen Kautelen mit kurzfristiger Beschwerdeverbesserung. Am 05.07 Wurzelblockade L2/L3 und L4 re. mit nochmaliger kurzfristiger Schmerzbesserung.

Die Pat. wird außerdem unserem WS-Team vorgestellt:

Diagnose: FBSS; Die Pat. wurde bisher 3x auswärts an der Wirbelsäule operiert, eine 4. OP wurde bereits angedacht. Die Pat. wird ausführlich über die bestehende Situation aufgeklärt, bei OP-Wunsch sollte sich die Pat. bei der primär operierenden Einheit melden.

*Zusätzlich erhielt die Pat. eine klinisch psychologische Konsultation. Die Pat. wird am 11.07.2018 mit geringer Beschwerdeverbesserung entlassen. Ein Rehab-Antrag ***13*** wurde unsererseits gestellt.*

Procedere:

Konsequentes Fortführen der stationär erlernten heilgymnastischen Übungen und weiterführende ambulante physikalische Therapie empfohlen.“

Weiters wurde im beiliegenden ärztlichen Attest der Hausärztin ausgeführt:

„Die oben genannte Patientin war seit 31.7.2017 wegen immer wiederkehrenden schweren lumboschialgen Beschwerden bei mir in Behandlung. Medikamentöse und Physikalische Maßnahmen brachten keine Besserung.

*Die Patientin wurde am 24.4.2018 in ***12*** operiert.*

*Diana Arthrodesse rechtes ISG am 24.4.18 ***12***, (Spondylodese und LIP L2-S1}.*

Nach der Operation präsentierte sich die Patientin in einem wesentlich schlechterem Zustand mit massiven Schmerzen und nahezu völliger Immobilität. Am daraufhin durchgeführten MRT der OP-Region zeigten sich eine Instabilität in diesem Bereich, sowie eine Fehllage der Bandscheibeninterponate.“

Eine Medikamentenverschreibungsliste für die Ehegattin des Bf. wurde angefügt.

Das Bundesfinanzgericht ersuchte das Finanzamt weitere Sachverhaltsermittlungen durchzuführen. Vom Finanzamt wurde ein weiteres Ergänzungsersuchen an den Beschwerdeführer gerichtet.

In der Folge teilte das Finanzamt dem Bundesfinanzgericht mit, dass der Beschwerdeführer am 14.10.2020 verstorben ist und Herr Notar ***14*** die Verlassenschaft vertritt.

Das Bundesfinanzgericht hat erwogen:

Gemäß [§ 34 Abs. 1 EStG 1988](#) idgF sind bei der Ermittlung des Einkommens (§ 2 Abs. 2 EStG) eines unbeschränkt Steuerpflichtigen nach Abzug der Sonderausgaben (§ 18 EStG) die außergewöhnlichen Belastungen abzuziehen.

Die Belastung muss folgende Voraussetzungen erfüllen:

Sie muss außergewöhnlich sein (Abs. 2),

sie muss zwangsläufig erwachsen sein (Abs. 3) und

sie muss die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit wesentlich beeinträchtigen (Abs. 4).

Nach Abs. 2 ist die Belastung außergewöhnlich, soweit sie höher ist als jene, die der Mehrzahl der Steuerpflichtigen gleicher Einkommensverhältnisse, gleicher Vermögensverhältnisse erwächst.

Nach Abs. 3 erwächst die Belastung dem Steuerpflichtigen zwangsläufig, wenn er sich ihr aus tatsächlichen, rechtlichen oder sittlichen Gründen nicht entziehen kann.

Für die Berücksichtigung einer Aufwendung als außergewöhnliche Belastung müssen alle drei Voraussetzungen kumulativ vorliegen (*Hofstätter/Reichel*, Die Einkommensteuer – Kommentar [54. Lfg] § 34 Abs. 2 – 5 Rz 2).

Allgemein gilt für außergewöhnliche Belastungen iSd § 34 EStG, dass diese zwar grundsätzlich von Amts wegen zu berücksichtigen sind, die Behörde jedoch nicht verpflichtet ist, von sich aus weitreichende Ermittlungen vorzunehmen. Ein Vorhalt bezüglich der Beibringung von Beweisen ist in diesem Zusammenhang in der Regel ausreichend. Der Nachweis oder die Glaubhaftmachung einer außergewöhnlichen Belastung obliegt somit in erster Linie der Partei (vgl. *Doralt/Kirchmayr/Mayr/Zorn*, EStG²⁰ § 34 Rz 7 und die dort zit. Judikatur).

Der Steuerpflichtige, der eine abgabenrechtliche Begünstigung – wie eine außergewöhnliche Belastung – in Anspruch nimmt, hat selbst einwandfrei und unter Ausschluss jeden Zweifels das Vorliegen der Umstände darzulegen, auf welche die Begünstigung gestützt werden kann (*Hofstätter/Reichel [Hrsg.]*, Die Einkommensteuer – Kommentar [54. Lfg] § 34 Abs. 1 Rz 23 und die dort zit. Judikatur).

Gem. § 34 Abs. 3 EStG muss die Belastung dem Stpfl. zwangsläufig erwachsen sein, dies ist dann der Fall, wenn der Stpfl. sich der Belastung aus tatsächlichen, rechtlichen oder sittlichen Gründen nicht entziehen kann. Dabei ist die Zwangsläufigkeit eines Aufwandes stets nach den Umständen des Einzelfalles zu prüfen (*Hofstätter/Reichel [Hrsg.]*, Die Einkommensteuer - Kommentar [54. Lfg.] § 34 Abs. 2 bis 5 EStG Rz 7). Für Krankheitskosten im Speziellen gilt, dass diese Kosten als außergewöhnlich gelten und auch aus tatsächlichen Gründen zwangsläufig im o.a. Sinne erwachsen (*Doralt/Kirchmayr/Mayr/Zorn*, EStG²⁰ § 34 Rz 78).

Höhere Krankheitskosten, als jene die von der gesetzlichen Sozialversicherung getragen werden (Pflege in der Sonderklasse in allgemein öffentlichen Krankenhäusern, Behandlung in Privatkliniken oder durch Ärzte ohne Kasservertrag) sind dann zwangsläufig, wenn sie aus triftigen medizinischen Gründen geboten sind. 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 (vgl. ua VwGH 4.3.1986, [85/14/0149](#); VwGH 13.05.1986, [85/14/0181](#); VwGH 11.02.2016, [2013/13/0064](#)). Bloße Wünsche, Befürchtungen, Standesrücksichten der Betroffenen reichen nicht aus, um die Zwangsläufigkeit zu rechtfertigen. Die Beweislast hierfür trägt stets der Steuerpflichtige (Hofstätter/Reichel [Hrsg], Die Einkommensteuer - Kommentar [54. Lfg] Anhang II - ABC der außergewöhnlichen Belastungen § 34 EStG Rz 35 und die dort zit. Literatur).

Im vorliegenden Fall hat sich die Ehegattin des Bf. einer Operation an der Wirbelsäule in einem Privatspital unterzogen. Krankheitskosten gelten als außergewöhnlich und sind aus tatsächlichen Gründen als zwangsläufig erwachsen anzusehen. Daher wird die Operation der Ehegattin des Bf. schon aus diesem Grunde als außergewöhnlich und zwangsläufig angesehen und deren Notwendigkeit nicht in Frage gestellt. Kosten, die höher sind als jene, die von der gesetzlichen Sozialversicherung getragen werden, gelten jedoch nur dann als zwangsläufig erwachsen, wenn sie medizinisch geboten sind. Es ist Sache des Bf. den Nachweis für das Vorliegen der Voraussetzungen iSd § 34 EStG zu erbringen.

Im ärztlichen Entlassungsbrief des LKH ***9*** vom 11.07.2018 wurde nach der stationär durchgeführten Schmerztherapie festgestellt, dass die Ehegattin des Bf. bisher drei Mal auswärts an der Wirbelsäule operiert und eine vierte OP bereits angeraten wurde, bei OP-Wunsch solle sich die Patientin bei der primär operierenden Einheit melden. Für die Ehegattin des Bf. wurde ein Rehab-Antrag gestellt und konsequentes Fortführen der stationär erlernten heilgymnastischen Übungen und weiterführende ambulante physikalische Therapien empfohlen. Aus diesen Aussagen ist nicht abzuleiten, dass triftige medizinisch Gründe für die Operation in einem Privatkrankenhaus vorliegen.

Auch im ärztlichen Attest der Hausärztin vom 24.10.2018 ist nur ausgeführt, dass sich die Patientin nach der Operation am 24.04.2018 in ***12*** in einem wesentlich schlechteren Zustand mit massiven Schmerzen und nahezu völliger Immobilität präsentiert habe, lt. MRT auf Grund der Fehllage der Bandscheibeninterponate. triftige medizinisch Gründe für eine Operation in einem Privatkrankenhaus, also das Bestehen von feststehenden oder sich konkret abzeichnenden, ernsthaften gesundheitlichen Nachteilen, welche ohne die mit höheren Kosten verbundene medizinische Betreuung im Privatkrankenhaus eintreten würden, sind auch hier nicht angeführt.

Dem Arztbrief des ***4***, OA Dr. ***5***, vom 18.07.2018 ist auch nicht zu entnehmen, dass die Operation zwangsläufig am Orthopädischen Spital ***6*** und von ihm durchgeführt habe werden müssen, er spricht hier lediglich davon, dass der Grund der Beschwerden an der erneuten Pseudarthrose L5/S1 liege und er eine Revision mit Verlängerung aufs Ileum empfehle, auch diese Aussage vermag nicht das Element der Zwangsläufigkeit zu erfüllen. Dasselbe gilt für den OP-Bericht des Orthopädischen Spitals ***6*** vom 30.07.2018, in dem vom operierenden Arzt OA Dr. ***5*** die Operation „Verlängerungsspondylodese von L2 bis

lilium mit Entfernung aller Schrauben und Neubesetzung mit zementaugmentierten Schrauben von L2 bis lilium; Dekompression L5/S1 rechts foraminale“ dokumentiert wird.

Die Familie des Beschwerdeführers bringt zwar vor, dass einzig das Orthopädische Spital ***6*** sich traute, die Revisionsoperation durchzuführen, dies geht nach Meinung des Bundesfinanzgerichtes jedoch aus den vorgelegten ärztlichen Stellungnahmen nicht hervor. Dass kein öffentliches Krankenhaus diese Operation durchgeführt hätte, lasse sich daraus nicht ableiten. Eine derartige Stellungnahme eines öffentlichen Krankenhauses wurde vom Bf. nicht vorgelegt. Im Ärztlichen Entlassungsbrief des LKH ***9*** vom 11.07.2018 wurde die Ehegattin des Bf. darauf hingewiesen, dass sie sich bei OP-Wunsch an die primär operierende Einheit wenden solle, das bedeutet aber nach Ansicht des Bundesfinanzgerichtes nicht, dass sich das öffentliche Krankenhaus geweigert habe eine medizinisch notwendige Operation durchzuführen. Wenn der Bf. außerdem vorbringt, dass in öffentlichen Krankenhäusern mit langen Wartezeiten für Operationen zu rechnen sei und die Familie dem operierenden Arzt ewig dafür dankbar sei, dass er die Patientin übernommen habe, lässt sich vielmehr daraus schließen, dass die Wahl des operierenden Arztes aufgrund persönlicher Vorlieben erfolgte. Eine kürzere Wartezeit für sich alleine, auch bei hohem Alter der Patientin, stellt noch keinen triftigen medizinischen Grund für eine Behandlung in einem Privatspital dar.

Der Bf. machte hier eine abgabenrechtliche Begünstigung geltend, aus diesem Grund liegt es an ihm, die Umstände, die für die Begünstigung sprechen, zweifelsfrei darzutun. Der Bf. konnte nicht zweifelsfrei darlegen, dass die Mehrkosten für die Operation im Privatspital aus triftigen medizinischen Gründen entstanden sind, somit wurde die Zwangsläufigkeit der Kosten im Orthopädischen Spital ***6*** nicht nachgewiesen.

Da die ärztlichen Verordnungen für die geltend gemachten Medikamentenkosten nunmehr vorliegen, können diese im vollen Umfang steuerlich ohne Selbstbehalt als außergewöhnliche Belastung bei Behinderung anerkannt werden. Bezüglich der Kosten für das Rote Kreuz und die Kurkosten wird auf die Begründung des Erstbescheides vom 27.09.2019 verwiesen.

Aus diesem Grund war der Beschwerde somit teilweise Folge zu geben.

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.

Da im vorliegenden Fall eine Rechtsfrage von grundsätzlicher Bedeutung nicht vorliegt, insbesondere weil das Erkenntnis von der Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes nicht abweicht (siehe zitierte VwGH-Judikatur), ist eine (ordentliche) Revision nicht zulässig. 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.

Graz, am 20. Jänner 2021