

IM NAMEN DER REPUBLIK

Das Bundesfinanzgericht hat durch die Richterin***R*** in der Beschwerdesache ***Bf***, ***Bf-Adr***, über die Beschwerde vom 31. März 2017 gegen den Bescheid des Finanzamtes Bruck Leoben Müzzzuschlag vom 28. März 2017 betreffend Einkommensteuer (Arbeitnehmerveranlagung) 2016, StNr. ***BfStNr***, zu Recht erkannt:

I. Die Beschwerde wird gemäß § 279 BAO als unbegründet abgewiesen.

Der angefochtene Bescheid bleibt unverändert aufrecht.

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

Entscheidungsgründe

I. Verfahrensgang

Am 27. März 2017 beantragte die Beschwerdeführerin, im Folgenden kurz Bf. genannt, die Arbeitnehmerinnenveranlagung für das Jahr 2016 und machte Sonderausgaben und den Kinderfreibetrag für zwei haushaltszugehörige Kinder geltend.

Mit Bescheid vom 28. März 2017 erfolgte die antragsgemäße Veranlagung, die eine Gutschrift von 215 Euro ergab.

Gegen diese Erledigung wurde am 31. März 2017 Beschwerde mit der Begründung erhoben, dass die Bf. leider vergessen habe die Krankheitskosten miteinzugeben. 16.615 Euro seien nicht als außergewöhnliche Belastung berücksichtigt worden. Vorgelegt wurden dazu folgende Rechnungen:

1. Operation

Rechnung Nr.	vom	Zweck	Betrag
--------------	-----	-------	--------

Z2016/35	1.6.2016	Arzthonorar Abdominoplastik: mit Hautweichteilresektion bis in die Flanken	3.205,00 €
B2016/281	1.6.2016	Arzthonorar	250,00 €
B2016/582	1.6.2016	Tagesklinikkosten Assistenz	3.270,00 €
B2016/33	1.6.2016	Anästhesie	530,00 €
B2016/223	7.6.2016	Klinik Hotelaufenthalt 1.6. – 7.6.2016 (Pflegeanteil Übernachungskosten Verpflegung)	1.110,00 €
Summe			8.365,00 €
466-2016	6.6.2016	Kompressionshose Bauchmieder	240,00 €
Gesamtsumme			8.605,00 €

2. Operation

Rechnung Nr.	vom	Zweck	Betrag
Z2016/44	9.9.2016	Arzthonorar Mammaaugmentation und Mastopexie mit T- Schnitt: beidseits, Augmentation von inframammär, submuskulär	2.650,00 €
Z2016/93	9.9.2016	Tagesklinikkosten Assistenz Implantate	3.760,00 €
B2016/77	21.9.2016	Anästhesie	420,00 €
B2016/285	26.9.2016	Klinik Hotelaufenthalt 20.9. – 25.9. 2016 (Pflegeanteil	

		Übernachungskosten (Verpflegung)	850,00 €
Summe			7.680,00 €
735-2016	16.9.2016	Spezial BH	330,00 €
Gesamtsumme			8.010,00 €

Summe 1. und 2.			16.615,00 €
------------------------	--	--	--------------------

Bestätigungen über die Personenversicherungen und Einzahlungsbelege waren der Beschwerde ebenfalls angefügt.

Mit Ergänzungsvorhalt vom 14. Juni 2017 ersuchte das Finanzamt um Beantwortung folgender Fragen: „Krankheitskosten sind außergewöhnliche Belastungen, wenn diese zwangsläufig aufgrund einer Krankheit erwachsen und vorab medizinisch indiziert sind. Sie werden daher ersucht, die ärztliche Verordnung zur Notwendigkeit der Behandlungen vorzulegen.

Welche Kosten wurden von der Krankenkasse übernommen?

Warum wurde die Behandlung nicht in einem öffentlichen Krankenhaus durchgeführt?“

Daraufhin wurde dem Finanzamt ein Befund bzw. Ersuchen des ärztlichen Leiters der Privatklinik an die Steiermärkische Gebietskrankenkasse um Kostenübernahme für eine OP-Gruppe IV bezüglich einer „Abdominoplastik mit Hautweichteilresektion bis in die Flanken“ mit der darauf erteilten Bewilligung und eine Anweisungsbestätigung der Steiermärkischen GKK über 289,06 Euro vorgelegt.

Die Beschwerdevorentscheidung vom 19. Juni 2017 wies die Beschwerde mit Hinweisen auf die Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes als unbegründet ab. Die Zwangsläufigkeit bei Krankheitskosten, die die durch die gesetzliche Krankenversicherung gedeckten Kosten übersteigen, sei nur dann gegeben, wenn sie aus triftigen medizinischen Gründen erfolgten. Die triftigen medizinischen Gründe müssten in feststehenden oder sich konkret abzeichnenden ernsthaften gesundheitlichen Nachteilen bestehen, welche ohne die mit höheren Kosten verbundene medizinische Betreuung eintreten würden. Ein derartiger Nachweis sei nicht erbracht worden. Kosten, die bei einer allfälligen Behandlung von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen worden wären, mangle es jedenfalls am Merkmal der Zwangsläufigkeit.

Gegen diese Entscheidung wurde der Vorlageantrag gestellt und ein Arztbrief eines Neurologen und Psychiaters vom 20. April 2016 an die Steiermärkische GKK als Beweismittel vorgelegt.

Im Vorlagebericht des Finanzamtes vom 17. August 2017 wurde die Abweisung der Beschwerde beantragt. Darin wurde weiter ausgeführt, dass zwar ein Schreiben eines Facharztes für Psychiatrie dem Vorlageantrag beigelegt worden sei, worin der Arzt den Sachverhalt der Abnahme des Körpergewichts und der dadurch entstandenen überschüssigen Haut am Bauch und dass auch die Brust darunter gelitten habe, anführe. Es liege jedoch keine ausdrückliche Indikation vor, dass die Operation notwendig wäre, sondern schreibe der Arzt, dass aus psychiatrischer Sicht das Anliegen der Patientin auf eine solche Operation zu befürworten sei. Die GKK habe in weiterer Folge keinen Ersatz für die Operation geleistet, sondern habe lediglich einen Tarif in der allgemeinen Gebührenklasse einer öffentlichen Krankenanstalt für einen Tag für die Behandlung in der Tagesklinik in Höhe von 289,06 Euro bewilligt.

Mit Schreiben vom 30. April 2021 ersuchte das Bundesfinanzgericht (BFG) die Österreichische Gesundheitskasse gemäß § 158 Abs. 1 BAO um Auskunft, wofür genau (Arzt-, Klinik-, Aufenthaltskosten) und warum gerade in Höhe von 289,06 Euro ein Kostenersatz für die erste Operation (Bauchstraffung) geleistet wurde und ob die Bewilligung bedeute, dass die Krankenkasse die Operations- und Aufenthaltskosten zur Gänze übernommen hätte, wenn die Operation in einem öffentlichen Krankenhaus durchgeführt worden wäre.

Mit Antwort vom 7. Juni 2021 wurde seitens der Österreichischen Gesundheitskasse bekanntgegeben, dass die OP-Gruppe IV als Kostenzuschuss für einen tagesklinischen Eingriff befürwortet wurde. Dabei handle es sich um einen Pauschalbetrag, welcher nach der Satzung 262,78 Euro, ggf. zzgl. der USt von 10%, betragen habe. Weitere Kosten seien nicht übernommen worden. Sofern die Behandlung in einer Krankenanstalt, die mit der vormals Steiermärkische GKK in einem Vertragsverhältnis gestanden hätte, durchgeführt worden wäre, wären die Kosten der allgemeinen Gebührenklasse direkt übernommen worden.

In seiner Stellungnahme vom 9. Juni 2021 bekräftigte das Finanzamt seinen Antrag auf Abweisung der Beschwerde und verwies darauf, dass lt. der Auskunft der ÖGK die Behandlungskosten in einer Krankenanstalt, die mit der Kasse verbunden gewesen sei, übernommen worden wären. Ungeklärt sei auch, ob eine Kostentragung durch die Privatversicherung erfolgt sei.

Mit Schreiben vom 9. Juni 2021 brachte das BFG die Ermittlungsergebnisse und die Stellungnahme des Finanzamtes der Bf. zur Kenntnis. Gleichzeitig wurde sie befragt, warum die Operation nicht in einem öffentlichen Krankenhaus durchgeführt worden sei, wenn bei einer solchen Durchführung für die Bf. keine Kosten entstanden wären. Weiters wurde auch auf die Geltendmachung der Sonderausgaben für eine Krankenversicherung verwiesen und angefragt, ob die Bf. von dieser Seite eine Kostenerstattung erhalten habe. Die Frist zur Beantwortung dieses Vorhaltes verlief ungenützt.

II. Das Bundesfinanzgericht hat erwogen:

1. Sachverhalt

Die Bf. unterzog sich im Jahr 2016 zwei Operationen in einer Privatklinik. Für die erste Operation, eine Bauchstraffung, die einen Klinikaufenthalt vom 1.6. – 7.6.2016 nach sich zog, machte die Bf. Aufwendungen an Arzt- und Aufenthaltskosten in Höhe von 8.365,00 Euro und 240 Euro für Hilfsmittel (Kompressionshose und Bauchmieder) als außergewöhnliche Belastung geltend. Die Krankenkasse befürwortete den Eingriff und erstattete nach ihrer Satzung einen Pauschalbetrag für einen tagesklinischen Eingriff in Höhe von 289, 06 Euro. Dieser Betrag ergab sich, weil mit der Privatklinik kein Vertragsverhältnis bestand. Sofern die Behandlung in einer Krankenanstalt, die mit der vormals Steiermärkischen Gebietskrankenkasse in einem Vertragsverhältnis stand, durchgeführt worden wäre (zB in einem Landeskrankenhaus, Privatklinik oder Sanatorium), wären die Kosten der allgemeinen Gebührenklasse direkt von der Krankenkasse übernommen worden.

Die zweite Operation, eine Brustvergrößerung, die einen Klinikaufenthalt vom 20.9. – 25.9. 2016 nach sich zog, verursachte der Bf. Aufwendungen in Höhe von 7.680,00 € für Arzthonorare und Aufenthaltskosten. Daneben fielen 330 Euro für einen Spezial-BH an. Für diesen Aufenthalt erhielt die Bf. keinen Kostenersatz von der Krankenkasse.

Im Veranlagungsjahr bestand für die Bf. eine private Zusatz-Krankenversicherung bei der Allianz Elementar Versicherungs-AG. Ob diese Versicherung Kostenbeiträge geleistet hat, ist nicht bekannt. Ein diesbezüglicher Vorhalt blieb unbeantwortet. Ebenso konnte nichts über die Motive der Bf. in Erfahrung gebracht werden, warum die Behandlungen in der Privatklinik vorgenommen worden sind.

Lt. einem Befund eines Facharztes für Psychiatrie und Neurologie vom 20. April 2016 litt die Bf. an einer Depression (F32.9).

Nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme findet sich im Kapitel V unter der Gliederung F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen die Untergruppe F30-F39 Affektive Störungen. F32 bezeichnet Depressive Episoden. Diese werden unterteilt in

- F 32.0 Leichte depressive Episode
- F 32.1 Mittelgradig depressive Episode
- F 32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
- F 32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
- F 32.8 Sonstige depressive Episoden
- F 32.9 Depressive Episode, nicht näher bezeichnet

Lt. <https://www.btonline.de/icd-10/f32-9-nicht-naeher-bezeichnete-depressive-episode/> zählen dazu: „Depressionen, nicht näher bezeichnet und depressive Störung, nicht näher bezeichnet. Häufig wird diese Diagnose gewählt, wenn es noch unklar ist, um welches depressives Syndrom es sich handelt. Der Schweregrad kann in der Praxis unterschiedlich sein. Es handelt sich um eine Restkategorie die häufig eine vorläufige Diagnose darstellt.“

2. Beweiswürdigung

Diese Feststellungen ergeben sich aus den im Finanzamtsakt enthaltenen, unbedenklichen Rechnungen und Bestätigungen, den Auskünften der Österreichischen Gesundheitskasse und einer Internetrecherche der RichterIn.

3. Rechtliche Beurteilung

3.1. Zu Spruchpunkt I. (Abweisung)

Nach § 34 Abs. 1 EStG 1988 sind bei der Ermittlung des Einkommens eines unbeschränkt Steuerpflichtigen nach Abzug der Sonderausgaben außergewöhnliche Belastungen abzuziehen, wobei die in § 34 Abs. 2 bis 4 EStG 1988 angeführten gesetzlichen Bedingungen zu erfüllen sind. So muss die Belastung außergewöhnlich sein (Abs. 2), zwangsläufig erwachsen (Abs. 3) und die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit wesentlich beeinträchtigen (Abs. 4).

Die Kriterien der Außergewöhnlichkeit, Zwangsläufigkeit und Beeinträchtigung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit müssen gemeinsam vorliegen. Fehlt eine dieser Voraussetzungen, so schließt dies die Anerkennung der geltend gemachten Aufwendungen als außergewöhnliche Belastung aus und die Abgabenbehörde ist davon enthoben zu prüfen, ob auch die anderen Voraussetzungen zutreffen oder nicht (vgl. VwGH 18.2.1999, 98/15/0036).

Zwangsläufig erwächst die Belastung dem Steuerpflichtigen nach § 34 Abs. 3 EStG 1988 dann, wenn er sich ihr aus tatsächlichen, rechtlichen oder sittlichen Gründen nicht entziehen kann. Dabei ist die Zwangsläufigkeit eines Aufwandes stets nach den Umständen des Einzelfalles zu prüfen.

Zwangsläufig erwachsen unter anderem Aufwendungen, die durch Krankheit des Steuerpflichtigen verursacht werden. Unter Krankheit ist eine gesundheitliche Beeinträchtigung zu verstehen, die eine Heilbehandlung bzw. Heilbetreuung erfordert.

Nicht als Krankheitskosten abzugsfähig sind Verhütungsmittel und idR diesen gleichzusetzende medizinische Eingriffe (zB Sterilisation), Kosten für eine Verjüngungskur, für eine Frischzellenbehandlung (VwGH 21. 6. 1978, 130/77) sowie für medizinisch nicht indizierte kosmetische Operationen (Schönheitsoperationen), vgl BFH 24. 11. 2006, III B 57/06, wie

Bauchstraffung (vgl UFS 24.3.2011, RV/0371-S/10), Brustvergrößerung (vgl UFS 11.3.2011, RV/0269-F/10) oder Entfernung einer Fettschürze (vgl UFS 3.10.2011, RV/3866-W/10).

Höhere Krankheitskosten, als jene die von der gesetzlichen Sozialversicherung getragen werden (Pflege in der Sonderklasse in allgemein öffentlichen Krankenhäusern, Behandlungen in Privatkliniken oder durch Ärzte ohne Kassenvertrag) 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 13.5.1986, 85/14/0181; VwGH 11.2.2016, 2013/13/0064). Damit bringt der Verwaltungsgerichtshof zum Ausdruck, dass nicht jeder gesundheitliche Nachteil (wie zB längere Wartezeiten) dazu führt, die Zwangsläufigkeit von höheren Aufwendungen als solche, die von der gesetzlichen Krankenversicherung gedeckt sind, zu rechtfertigen. Die Beweislast, dass triftige medizinische Gründe vorliegen, hat der Steuerpflichtige zu erbringen. Bloße Wünsche, Befürchtungen, Standesrücksichten der Betroffenen reichen nicht aus, um die Zwangsläufigkeit zu rechtfertigen.

§ 34 EStG 1988 liegt der Gedanke zugrunde, dass die Steuerpflichtigen eine Gemeinschaft bilden, die den Steuerausfall trägt, der entsteht, wenn dem Einzelnen eine Steuerermäßigung gewährt wird, weil seine steuerliche Leistungsfähigkeit durch eine außergewöhnliche Belastung wesentlich beeinträchtigt ist. Man kann daher unter Beachtung dieses Gedankens nicht zum Ergebnis gelangen, dass es Sinn dieser Gesetzesstelle wäre, die mit hohen Kosten verbundene Operation in einer Privatklinik teilweise mit Mitteln aus dem Steueraufkommen der Allgemeinheit zu finanzieren, wenn der Steuerpflichtige für sein Leiden die Operation nach den allgemein üblichen wissenschaftlichen Methoden auf Kosten der gesetzlichen Sozialversicherung zB in einem öffentlichen Krankenhaus in Anspruch nehmen hätte können. Nach der Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes vom 21.6.1978, 0130/77, können derartige Aufwendungen nicht als zwangsläufig erwachsen angesehen werden (vgl. auch BFG 2.7.2018, RV/5100881/2018; BFG 14.11.2017, RV/2100276/2015).

Im gegenständlichen Fall ist festzustellen, dass die erste im Jahr 2016 durchgeführte Operation (Bauchstraffung) von Seiten der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse chefärztlich befürwortet worden ist. Die medizinische Indikation für die Behandlung ist damit nachgewiesen. Dass die Durchführung des Eingriffes allerdings in einem Privatkrankenhaus durch einen Privatarzt aus triftigen medizinischen Gründen geboten war und sich die Bf. dieser (außergewöhnlichen) Belastung nicht entziehen konnte, wurde weder behauptet noch nachgewiesen. Die Bf. hat trotz zweimaliger Anfrage keinerlei Gründe angegeben, warum diese Behandlung nicht in einem mit der gesetzlichen Krankenkasse vertraglich verbundenen Krankenhaus vorgenommen worden ist.

Aufwendungen, die bei einer Behandlung in einem Privatkrankenhaus entstehen, mangelt es jedenfalls am Merkmal der Zwangsläufigkeit, wenn keine triftigen medizinischen Gründe dargelegt und nachgewiesen werden, warum die Operation in einem Privatkrankenhaus durchgeführt wurde, wenn bei einer Behandlung in einem mit der gesetzlichen Krankenversicherung in einem Vertragsverhältnis stehenden Krankenhaus für die Bf. keine Kosten angefallen wären (vgl. UFS 24.3.2011, RV/0371-S/10; BFG 25.11.2014, RV/3100517/2013). Den geltend gemachten Krankheitskosten in Höhe von 8.365,00 € fehlt das Merkmal der Zwangsläufigkeit und sind sie daher nicht als außergewöhnliche Belastung bei der Steuerberechnung zu berücksichtigen.

Die zweite Operation (Brustvergrößerung) stellt sich als eine Behandlung dar, die aus ästhetischen Gründen vorgenommen worden ist. Die Versagung einer Kostenbeteiligung durch die Krankenkasse kann hierfür als Indiz herangezogen werden. Es wurde zwar ein Schreiben eines Facharztes für Psychiatrie vom 20. April 2016 an die Krankenkasse vorgelegt, worin der Arzt in der Anamnese anführt, dass die Bf. im Jahre 2003 im Laufe eines Jahres ca. 45 kg an Körpergewicht bewusst abgenommen habe, sich die Haut am Bauch nicht vollständig zurückgebildet und die Brust gelitten habe und die Bf. seit über 10 Jahren damit lebe. Weiter wird festgestellt, dass aus psychiatrischer Sicht das Anliegen der Bf., eine operative Korrektur vornehmen zu lassen, befürwortet werde und wird als Diagnose eine Depression (F32.9) angeführt, die nicht näher bezeichnet ist. Eine ausdrückliche Indikation, dass die Operation medizinisch notwendig wäre, ergibt sich nicht daraus und führte dieser Befund hinsichtlich der Brustoperation auch zu keiner Kostenbeteiligung der Krankenkasse.

In diesem Fall fehlt es an einer medizinisch indizierten Notwendigkeit der Operation und können die in diesem Zusammenhang getätigten Aufwendungen mangels Zwangsläufigkeit nicht als außergewöhnliche Belastung berücksichtigt werden.

Die Aufwendungen für die geltend gemachten Hilfsmittel liegen unter dem Selbstbehalt (§ 34 Abs. 4 EStG 1988) von 1.432,32 Euro und führen schon aus diesem Grund zu keinem Abzug bei der Steuerberechnung.

Dem Beschwerdebegehren war daher insgesamt nicht zu folgen.

3.2. Zu Spruchpunkt II. (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.

Im gegenständlichen Fall liegt keine Rechtsfrage von grundsätzlicher Bedeutung vor, insbesondere weil das Erkenntnis nicht von der Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes abweicht (siehe zitierte VwGH-Judikatur). Die Frage, ob triftige medizinische Gründe vorliegen, ist von den Umständen des Einzelfalles abhängig, die in freier Beweiswürdigung zu beurteilen sind und handelt es sich dabei zudem um eine Tat- und keine Rechtsfrage.

Graz, am 13. Juli 2021