

IM NAMEN DER REPUBLIK

Das Bundesfinanzgericht hat durch den Richter***Ri*** in der Beschwerdesache ***Bf1***, ***Bf1-Adr***, über die Beschwerde vom 25. Oktober 2017 gegen den Bescheid des Finanzamtes Baden Mödling vom 18. September 2017 betreffend Einkommensteuer (Arbeitnehmerveranlagung) 2014 Steuernummer ***BF1StNr1*** zu Recht erkannt:

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

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

Entscheidungsgründe

I. Verfahrensgang

Strittig ist die Anerkennung der Kosten im angefochtenen Steuerbescheid für das Jahr 2014 im Zusammenhang mit einer Hüftoperation in der privaten Krankenanstalt ***KH*** unter Heranziehung eines Wahlarztes iHv 7.925,20 € sowie die Anerkennung der Kosten für die Pediküre iHv 347,15 €.

Mit Beschwerde vom 23.10.2017 führt die Beschwerdeführerin aus, die medizinische Notwendigkeit sei bereits durch den der Sozialversicherung direkt verrechneten Leistungsanteil für 15 Tage erwiesen. Der Orthopäde sei als Vertragsarzt aufgesucht worden. Wegen unerträglicher Schmerzen sei eine Behandlung in einem öffentlichen Krankenhaus wegen langer Wartezeit nicht in Frage gekommen und habe die Operation durch einen Wahlarzt in einem Privatkrankenhaus vorgenommen werden müssen, wobei besseres Material als in öffentlichen Krankenhäusern verwendet werde. Die Implantation der Hüfttotalendoprothese war ärztlich verordnet.

Die Fußpflege sei wegen der amtlich festgestellten Krankheit Diabetes, eines behandelten Halux, Problemen mit Druckstellen, Hühneraugen erforderlich gewesen. Zudem fielen höhere Kosten an, als bei gesunden Personen, weil die Fußpflege häufiger durchzuführen gewesen sei.

Mit der Beschwerde gegen den Einkommensteuerbescheid für das Jahr 2014 wurde an Änderungen, was allein den Einkommensteuerbescheid 2014 anbelangt, die Zuerkennung der Arzt- und Krankenhauskosten für die Implantation einer zementfreien Hüfttotalendoprothese rechts iHv 7.925,20 € als außergewöhnliche Belastung ohne Selbstbehalt beantragt.

Mit abweisender Beschwerdevorentscheidung wurde der Bf. von der belangten Behörde wie folgt vorgehalten:

*"Da die im gegenständlichen Fall geltend gemachten Kosten für Pediküre das Merkmal der Außergewöhnlichkeit nicht aufweist, waren die Kosten nicht anzuerkennen. Des Weiteren machen Sie die Kosten im Zusammenhang mit einer Hüftoperation geltend. Laut Schreiben des ***KH*** in Wien waren Sie in der Zeit von 16.1.2014 - 30.1.2014 stationär aufgenommen. Laut vorgelegter Rechnungen wurde ein Betrag in Höhe von 1929,10 für Anästhesie bzw. techn. Honorar verrechnet, das Arzthonorar für die Operation in Höhe von 4350,00 und für die ersten 5 Tage in der Sonderklasse ein Betrag in Höhe von 1610,90, sohin insgesamt ein Betrag von 7890,00. Laut ständiger Rechtsprechung (VwGH vom 4.3.1986, 85/14/0149) sind Aufwendungen (zB Sonderklassegebühren), die über die gesetzliche Krankenversicherung hinausgehen, dann als zwangsläufig erwachsen zu sehen, wenn triftige medizinische Gründe vorliegen.*

Im gegenständlichen Fall wurde die Hüftoperation in einer privaten Krankenanstalt unter Heranziehung eines Wahlarztes durchgeführt. Zur Beurteilung, ob Ihnen die Kosten zwangsläufig erwachsen sind, wurden Sie aufgefordert, eine geeignete ärztliche Bestätigung nachzureichen, die zum Ausdruck bringt, welche medizinische Behandlung ausschließlich auf Grund der Sonderklasse möglich gewesen ist bzw. welche konkreten medizinischen Nachteile durch die Nichtinanspruchnahme der Sonderklasse gedroht hatten. In diesem Zusammenhang wird auf die Judikatur des Verwaltungsgerichtshofes (VwGH 19.2.1992, 87/14/0116 oder VwGH 13.5.1986, 85/14/0181) verwiesen, wonach höhere Aufwendungen als jene, die von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen wurden, nur dann als außergewöhnliche Belastung zu berücksichtigen seien, wenn sie aus triftigen medizinischen Gründen getragen wurden. Da ein derartiger Nachweis nicht erbracht werden konnte, ist die Zwangsläufigkeit der Ausgaben nicht nachgewiesen."

Mit Schreiben vom 17. Juni 2018 brachte die Bf. einen Vorlageantrag ein. Außerdem wurden mit Schreiben vom 6. Juli 2018 ergänzende Vorbringen eingebracht.

Mit der im Vorlagebericht enthaltenen abgabenbehördlichen Stellungnahme zum Vorlageantrag wurde die Abweisung der Vorlagen gem. § 279 Abs. 1 BAO mit folgender Begründung beantragt:

"Laut derzeitiger Rechtsprechung sind die Kosten für Privatoperationen bzw. Sonderklassekosten nicht als außergewöhnliche Belastung abzugsfähig, wenn nicht eindeutig nachgewiesen werden kann, dass bei der Operation in einem öffentlichen Krankenhaus ernsthafte gesundheitliche Nachteile feststehen oder sich konkret abzeichnen würden. Dies konnte die Bf. nicht nachweisen.

Kosten für die Pediküre stellen Kosten der privaten Lebensführung dar und sind daher gem. § 20 EStG 1988 nicht absetzbar (vgl UFSW vom 24.11.2011, RV/2151-W/08). Es wird auf die Begründung in der Beschwerdeverentscheidung verwiesen."

Mit Schreiben vom 13. September 2018 wurde durch das Bundesfinanzgericht ein Auftrag zur Zeugenbefragung an das Finanzamt erteilt, worin der behandelnde Wahlarzt zur Notwendigkeit einer Privatbehandlung, dem Vorliegen einer Notfalloperation, der Schmerzintensität und über Folgeschäden der Hüfte, der Dringlichkeit der Operation und der Operationstermine in öffentlichen Krankenhäusern zu befragen ist.

Mit Schreiben vom 26. September 2018 hat das Finanzamt ein Auskunftsersuchen an den behandelnden Wahlarzt ***Dr.*** gerichtet.

Mit Schreiben vom 3. November 2018 verneint der Wahlarzt das Vorliegen einer Notoperation und einer für die Gesundheit nachteiligen Behandlung in öffentlichen Krankenhäusern ebenso wie den Umstand, dass in diesen schlechtes Material verwendet würde. Schmerzmittel seien erst 1 Monat vor der Operation, die nach ca. 5 Monaten nach dem Erstgespräch erfolgte, verschrieben worden. Die schwere Abnutzung des Gelenks bezöge sich nicht auf die Schmerzintensität. Nach der Operation am 17. Jänner 2014 bestand eine 110 Grad Hüftbeugung, was selbst eine Pediküre möglich macht.

Mit Schreiben vom 14. November 2018 wurde die Auskunftsbearbeitung der Beschwerdeführerin zur Kenntnis gebracht.

Die Beschwerdeführerin hat am 12. Dezember 2018 eine Bevollmächtigung ihrer Tochter zur Einbringung einer Stellungnahme erteilt.

Mit Schriftsatz vom 30. Dezember 2018 führt die Beschwerdeführerin aus eine Notoperation habe nicht vorgelegen. Auf mögliche Schmerztherapien als Überbrückungsmöglichkeit der Wartezeit käme es nicht an. Jedenfalls sollte der Gefahr, eine chronische Schmerzpatientin zu werden und der drohenden Verschlechterung des anderen Hüftgelenkes durch die Operation entgegengewirkt werden.

Die Frage, ob es monatelange Wartezeiten in öffentlichen Krankenhäusern gibt und ob damals starke Schmerzen vorhanden waren, sei durch die Einvernahme der Auskunftsperson nicht ausreichend geklärt worden.

Anlässlich der Erstordination am 21. August 2013 sei die Abnützung beider Hüftgelenke und die Notwendigkeit einer Operation festgestellt worden. Die durchschnittlichen Wartezeiten im Jahr 2018 lägen je nach Krankenhaus zwischen 142 Tagen und 40 Wochen. Ohne Wahlarzt hätte es keinen raschen Operationstermin gegeben.

Mit Schreiben vom 2. Jänner 2019 wurde den Parteien unter Darstellung der Verfahrensgrundsätze, wonach die Partei bei Aufwendungen im Sinne des § 34 EStG 1988 die Behauptungs- und Beweislast trifft dargestellt und ein Erörterungstermin in Aussicht gestellt.

Das Finanzamt beantragte in Replik auf den Schriftsatz der Partei vom 30. Dezember 2018 weiterhin mangels neuer Nachweise die Abweisung der Beschwerde.

Mit Schriftsatz vom 4. Februar 2019 teilte die Beschwerdeführerin mit an einem Erörterungstermin interessiert zu sein, und wünschte über die Vor- und Nachteile einer Zurücknahme des Antrages auf mündliche Verhandlung belehrt zu werden.

Mit Schreiben vom 8. Februar 2019 ersuchte das BFG die Beschwerdeführerin um Nachweis, dass bei einer Behandlung in öffentlichen Krankenhäusern ernsthafte gesundheitliche Nachteile eingetreten wären. Vorgehalten wurde, dass eine Einweisung in ein öffentliches Krankenhaus nicht gefordert worden sei, eine sofortige Operation notwendig gewesen sei und auch nicht durchgeführt worden sei und Schmerzmittel nach Aussage des ***Dr.*** nicht verlangt wurden. Seitens des Orthopäden könne keine Aussage über die Intensität der Schmerzen getroffen werden, weshalb eine persönliche Einvernahme in der mündlichen Verhandlung nicht erforderlich sei.

Mit Schriftsatz vom 13. März 2019 wurde um Fristverlängerung bis 25. März 2019 ersucht.

Mit Schriftsatz vom 25. März 2019 wurde der Richter abgelehnt, der Abgabenbehörde vorgeworfen die Einvernahme des Orthopäden unterlassen zu haben, was aber über Anordnung des Richters nachgeholt wurde und letztlich die Zeugenbefragung in Frage gestellt, weil keine Zeugenbelehrung erfolgt sei, Fragen nicht gestellt oder vom Zeugen unbeantwortet geblieben seien.

Die Frist zur Beantwortung des Schreibens des BFG vom 8. Februar 2019 beantragt die Bf. bis 4 Wochen ab Zustellung der Entscheidung über den Ablehnungsantrag zu verlängern.

Die Beschwerdeführerin erteilte ihrer Tochter die Vertretungsvollmacht am 24. März 2019. Ein Einzelgesprächsnachweis (mit dem Richter) wurde ebenfalls vorgelegt. Mit Beschluss vom 6. September 2019 wurde dem Ablehnungsantrag stattgegeben.

Das gegenständliche Beschwerdeverfahren wurde, mit Verfügung des Geschäftsverteilungsausschusses, vom 29. Jänner 2024, im Zuge einer Altaktenumverteilung dem erkennenden Richter zur Erledigung übertragen.

Nach mehreren Fristerstreckungsersuchen langte am 24. Juni 2024 die Stellungnahme der Beschwerdeführerin ein.

Nach erfolgter Urgenz wurde durch das BFG am 14. Februar 2024 ein Beschluss erlassen, mit dem die Beschwerdeführerin aufgefordert wurde, binnen einer Frist von 6 Wochen Nachweise vorzulegen, an welchem Tag oder an welchen Tagen und bei welchem öffentlichen Krankenhaus oder bei welchen öffentlichen Krankenhäusern die Bf. wegen eines Operationstermins angefragt hat und welche Antwort oder welche Antworten die Beschwerdeführerin auf ihre Anfrage oder Anfragen erhalten hat. Darüber hinaus wurde der Beschwerdeführerin die Möglichkeit geboten, im Rahmen des rechtlichen Gehörs eine Stellungnahme abzugeben. Der belangten Behörde wurde der gegenständliche Beschluss zur Kenntnisnahme übermittelt und Gelegenheit geboten, innerhalb einer Frist von 6 Wochen ab Zustellung dieses Beschlusses im Rahmen des rechtlichen Gehörs als Amtspartei eine Stellungnahme abzugeben.

Im August 2024 wurde ***Dr.*** aufgefordert die Abschrift der Dokumentation gemäß § 51 Abs. 1 ÄrzteG 1998 über Ihre Behandlung an Fr. ***Bf1*** zu übermitteln. Außerdem wurde ersucht mitzuteilen, ob die Auskunftsperson bei den Ausführungen vom 3. November 2018 bleibt.

Mit Stellungnahme vom 6. August 2024, eingelangt beim BFG am 12. August 2024, führte ***Dr.*** aus, dass er seine schriftliche Stellungnahme vom 3. November 2018 vollinhaltlich bekräftigt. In seiner Stellungnahme führt er wie folgt aus:

*„Ich bleibe in vollem Umfang bei meinen Ausführungen, dass bei der Patientin zum damaligen Zeitpunkt keine Dringlichkeit für eine Notoperation und damit die Notwendigkeit einer Privatoperation gegeben war. Außerdem weise ich die Behauptung von Frau ***Bf1*** auf das Schärfste zurück, dass es in einem öffentlichen Krankenhaus zu medizinischen oder körperlichen Nachteilen durch den Einsatz von „minderwertigen Material“ gekommen wäre.“*

Außerdem übermittelte er die komplette Abschrift seiner Dokumentation.

Die Dokumentation wurde der Bf. sowie der belangten Behörde mit Schreiben vom 12. September 2024 übermittelt.

Mit Schreiben vom 6. Februar 2025 wurde der NÖ Gesundheits- und Sozialfonds sowie der Wiener Gesundheitsfonds um Auskunft ersucht, wie lange die durchschnittliche Wartezeit auf eine Hoft-Totalendoprothese (Hüft-TEP) im Jahr 2014 und ob in öffentlichen Krankenhäusern

„minderwertige Materialien“ mit medizinischen oder körperlichen Nachteilen verwendet werden.

Mit Schreiben vom 14. Februar 2025 beantwortete der Wiener Gesundheitsfonds die Fragen.

Mit Schreiben vom 18. Februar 2025 beantwortete der NÖ Gesundheits- und Sozialfonds die Fragen und führte aus, dass die Wartezeit in der Thermenregion (Bezirke Bruck an der Leitha, Baden, Mödling, Wr. Neustadt und Neunkirchen) durchschnittlich 21,5 Wochen betragen habe.

Die beiden Schreiben wurden der Bf. sowie dem FAÖ mit Schreiben vom 11. März 2025 übermittelt.

Das FAÖ sehe sowohl aufgrund der Stellungnahmen des Wiener Gesundheitsfonds, des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds und der Niederösterreichischen-Landes Gesundheitsagentur als auch den Ausführungen des ***Dr.***, denen zufolge „keine Dringlichkeit für eine Notoperation und damit die Notwendigkeit einer Privatoperation gegeben war“ keine Zwangsläufigkeit im Zusammenhang mit den beantragten Kosten für die in der privaten Krankenanstalt ***KH*** unter Heranziehung eines Wahlarztes durchgeführte Behandlung.

Am 16. Juli 2025 fand vor dem Bundesfinanzgericht die beantragte mündliche Verhandlung statt. In dieser wurde von der Beschwerdeführerin der Vorlageantrag dahingehend eingeschränkt, als dass auf die Geltendmachung der Kosten für Pediküre verzichtet wurde.

Die Beschwerdeführerin hielt den Antrag aufrecht, ***Dr.*** als Zeugen im Rahmen der mündlichen Verhandlung persönlich einzuvernehmen. Der Richter verkündete im Rahmen der mündlichen Verhandlung den Beschluss, dass gemäß § 173 Abs 1 BAO auf eine persönliche Zeugenladung von ***Dr.*** verzichtet wird, da die schriftliche Stellungnahme glaubwürdig ist und es für das Gericht keinerlei Zweifel an den Aussagen gibt.

II. Das Bundesfinanzgericht hat erwogen:

1. Sachverhalt

Strittig ist, ob die für eine Operation in einem Privatspital angefallenen höheren Aufwendungen der Beschwerdeführerin zwangsläufig iSd § 34 Abs 3 EStG erwachsen sind.

Von der Beschwerdeführerin wurden im Jahr 2014 7.925,20 € als außergewöhnliche Belastungen geltend gemacht.

Die Beschwerdeführerin war in der Zeit von 16. Jänner 2014 bis 30. Jänner 2014 stationär im ***KH*** aufgenommen. Am 17. Jänner 2014 unterzog sich die Beschwerdeführerin einer Implantierung einer TEP (Totalendoprothese) der Hüfte welche ebenso im ***KH***

durchgeführt wurde. Einen Monat vor der Operation wurden vom Wahlarzt Schmerzmittel verschrieben.

Die Feststellung einer rechtsdominanten mittelgradigen Coxarthrose durch den Radiologen kann ebenso unbedenklich dem Sachverhalt zugrunde gelegt werden wie die anhand von Rechnungen und Honorarnote belegte Privatbehandlung betreffend Implantierung einer TEP (Totalendoprothese) der Hüfte. Ein Kostenersatz der GKK ist für die Pflegegebühren in der Rechnung des Privatspitals ausgewiesen.

Triftige medizinische Gründe, welche die höheren Aufwendungen als die von der Sozialversicherung finanzierten rechtfertigen, liegen nicht vor.

Die Aufwendungen für Anästhesie bzw. techn. Honorar in Höhe von 1.929,10 €, Wahlarzthonorar für die Operation in Höhe von 4.350,00 € sowie 5 Tage Sonderklasse in Höhe von 1.610,90 € sind durch die Durchführung der Hüftoperation in einem Privatspital mit freier Arztwahl bedingt.

2. Beweiswürdigung

Die medizinische Notwendigkeit der Operation ist unstrittig.

Die triftigen medizinischen Gründe sind aufgrund folgender Tatsachen jedoch nicht gegeben:

Die Beschwerdeführerin bringt vor, dass sie unter unerträglichen Schmerzen litt und die durchschnittlichen Wartezeiten auf eine Hüft-Gelenkersatzoperation in einem öffentlichen Spital hätten in Wien im Jahr 2018 zwischen 142 (damals: Otto Wagner Spital) und 151 (damals: Orthopädisches Krankenhaus Gersthof) Tagen betragen. In öffentlichen Spitälern in Niederösterreich hätte die durchschnittliche Wartezeit zwischen 4 (damals: Tulln/Donau) und 40 (damals: Scheibbs) Wochen betragen.

Bei den gelisteten Wartezeiten handelt es sich um durchschnittliche Wartezeiten aus dem Jahr 2018, also 4 Jahre nach der im gegenständlichen Fall maßgeblichen Hüftoperation. Die Wartezeiten können von Fall zu Fall auch länger oder kürzer sein. Grundsätzlich werden Wartezeiten auch nicht angezweifelt. Das Vorbringen bleibt aber unkonkret und losgelöst vom konkreten Beschwerdefall. In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass die Beweislast für das Vorliegen von triftigen medizinischen Gründen die Steuerpflichtige trägt (VwGH 19.2.1992, 87/14/0116). Die Beschwerdeführerin behauptet nicht einmal, dass sie überhaupt einen Termin in einem öffentlichen Spital angestrebt hätte und welche Wartezeit für sie tatsächlich zu erwarten gewesen wäre.

Laut Auskunft des Wiener Gesundheitsfonds welche das Bundesfinanzgericht eingeholt hat liegen für das Jahr 2014 Leistungsdaten bzw. Daten zu Wartezeiten weder in elektronischer noch in direkt auswertbarer Form vor. Das OP-Programm OPERA, mit dem die Wartezeiten

aktuell monitiert werden, wurde 2020 im Wiener Gesundheitsverbund (WIGEV) ausgerollt. Daher können seitens des WIGEV zu früheren Zeiträumen keine Aussagen getätigt werden. Nach Recherche konnte festgestellt werden, dass die individuelle Auskunftserteilung auf OP Wartezeiten erst 2012 auf Bundesebene eingeführt wurde, ein transparentes Wartezeitenmanagement erst im Jahr 2016.

Auf Anfrage des Bundesfinanzgerichts beim NÖ Gesundheits- und Sozialfonds wurde darauf hingewiesen, dass die Beschwerdeführerin den Hauptwohnsitz in der Versorgungsregion 34 - Thermenregion, welche die Bezirke Bruck an der Leitha, Baden, Mödling, Wr. Neustadt sowie Neunkirchen umfasst, hat.

In ebendieser Versorgungsregion 34 betrug die Wartezeit durchschnittlich 21,5 Wochen. Außerhalb der Versorgungsregion 34 die Wartezeiten an ausgewählten Klinik-Standorten deutlich kürzer ausgefallen sind, zB am LK Amstetten (3,6 Wochen) oder LK Zwettl (8 Wochen). Die durchschnittliche Wartezeit auf eine Hüft-OP in Niederösterreich betrug im Jahr 2014 durchschnittlich 14,7 Wochen.

Eine dringliche medizinische Notwendigkeit der Behandlung im Privatspital ist auch den Ausführungen des behandelnden Orthopäden nicht zu entnehmen. Auch sind darin keine konkreten nachteiligen gesundheitlichen Folgen aufgrund von längeren Wartezeiten auf einen Platz in einem öffentlichen Krankenhaus beschrieben.

Betreffend der unerträglichen Schmerzen konnten keine Nachweise über die tatsächlich eingenommenen Schmerzmittel vorgelegt werden, sondern hat die Beschwerdeführerin Unterlagen über die mit der Einnahme solcher Medikamente verbundenen Risiken vorgelegt. Schmerzmittel wurden vom Wahlarzt auch erst einen Monat vor der Operation verschrieben.

3. Rechtliche Beurteilung

3.1. Zu Spruchpunkt I. (Abweisung)

Nach § 34 Abs. 1 EStG 1988 BGBl. Nr. 400/1988 in der Fassung des BGBl. I Nr. 112/2012 sind bei der Ermittlung des Einkommens (§ 2 Abs. 2) eines unbeschränkt Steuerpflichtigen nach Abzug der Sonderausgaben (§ 18) außergewöhnliche Belastungen abzuziehen. Die Belastung muss folgende Voraussetzungen erfüllen:

1. Sie muss außergewöhnlich sein (Abs. 2).
2. Sie muss zwangsläufig erwachsen (Abs. 3).
3. Sie muss die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit wesentlich beeinträchtigen (Abs. 4).

Die Belastung darf weder Betriebsausgaben, Werbungskosten noch Sonderausgaben sein.

Nach § 34 Abs. 2 EStG 1988 BGBl. Nr. 400/1988 in der Fassung des BGBl. I Nr. 112/2012 ist die Belastung außergewöhnlich, soweit sie höher ist als jene, die der Mehrzahl der Steuerpflichtigen gleicher Einkommensverhältnisse, gleicher Vermögensverhältnisse erwächst.

Nach § 34 Abs. 3 EStG 1988 BGBl. Nr. 400/1988 in der Fassung des BGBl. I Nr. 112/2012 erwächst die Belastung dem Steuerpflichtigen 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; 4.9.2014, 2012/15/0136; 26.5.2010, 2007/13/0051).

Wie auch der VwGH (11.2.2016, 2013/13/0064) ausgeführt hat, ist die Zwangsläufigkeit des Aufwands stets nach den Umständen des Einzelfalls zu prüfen (VwGH 21.11.2013, 2010/15/0130). 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 (VwGH 4.9.2014, 2012/15/0136; 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 (VwGH 13.3.2023, Ra 2020/13/0057, mwN).

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 13.5.1986, 85/14/0181).

Liegt eine ärztliche Bestätigung über die dringliche medizinische Notwendigkeit der Behandlung im Privatkrankenhaus vor und wäre bei einer längeren Wartezeit auf einen Platz in einem öffentlichen Krankenhaus mit nachteiligen gesundheitlichen Folgen zu rechnen gewesen, sind die Kosten für die Privatklinik als außergewöhnliche Belastung abzugsfähig. Als triftige medizinische Gründe für eine bestimmte Behandlungsart können auch Aussichten auf ein geringeres Risiko von Folgewirkungen der Operation gelten.

Ein anhand einer medizinischen Stellungnahme nachgewiesener gesundheitlicher Nachteil bei der Behandlung im öffentlichen Bereich, liegt nicht vor. Nach der über Mithilfe des BFG zustande gekommenen Aussage des behandelnden Orthopäden bestehen solche Nachteile nicht, es wird auch kein schlechtes Material verwendet, und sei zu keinem Zeitpunkt eine Behandlung im öffentlichen Bereich verlangt worden. Schmerzmittel wurden erst einen Monat vor der Operation verschrieben.

Da Hüftoperationen planbare Routineoperationen sind, sind Wartezeiten - wie sie auch im Rahmen der Privatbehandlung aufgetreten sind - nicht von vornherein mit einem erheblichen gesundheitlichen Nachteil verbunden, noch dazu, wenn über die Einnahme von Schmerzmittel keine konkreten Angaben gemacht wurden und keine Anhaltspunkte für Medikamentenunverträglichkeit oder drohende Organschäden vorliegen und gesundheitliche Nachteile durch die im Zuge der Privatbehandlung ebenfalls aufgetretene Wartezeit nicht entstanden sind (vgl. diesbezüglich den Entlassungsbericht der die erfolgreiche Behandlung festhält).

Die Beschwerdeführerin hat überzeugend Vorteile der Privatbehandlung dargetan (freie Arztwahl, Materialwahl, Einfluss auf die OP-Methode, Recht auf ein Bett ohne Wartezeit und damit einhergehend weniger Schmerzen, weniger Schmerzmittel und weniger Belastung für das linke Hüftgelenk), nicht aber, dass mit der Behandlung im öffentlichen Bereich erhebliche gesundheitliche Nachteile verbunden wären, was bei einer Routine OP in öffentlichen Krankenhäusern auch nicht zu erwarten wäre.

Das Argument mit einer Privatbehandlung Wartezeiten einschließlich der damit verbundenen Unannehmlichkeiten und Risiken vermeiden zu wollen, ist schlüssig und nachvollziehbar. Dass Wartezeiten in öffentlichen Krankenhäusern für Hüftoperationen bestehen hat die Bf. anhand veröffentlichter KAV Statistiken mit Stand 2018 und anhand von Zeitungsartikeln dargetan.

Eine neben der Befürchtung allgemeiner Risiken der ärztlichen Behandlung (insbesondere während der Wartezeit) konkret drohenden erheblichen gesundheitlichen Nachteil (Organschäden, etc.) hat die Bf. nicht dargetan. Eine im öffentlich Bereich denkmögliche Vorreihung auf der Warteliste bei konkret vorliegenden Risiken kann auch nicht ohne weiteres ausgeschlossen werden.

Die Vorteile einer Privatbehandlung wie Einfluss auf die Wartezeit, den Arzt, der verwendeten Materialien, der OP-Methode allein reichen nicht aus, um drohende erhebliche gesundheitliche Nachteile im Zuge einer Behandlung im öffentlichen Bereich als erwiesen anzunehmen. Zumal geeignete Schmerztherapien, Vorreihung auf den Wartelisten bei Dringlichkeit, Verwendung eines geeigneten Materials und einer geeigneten OP-Methode nicht ohne weiteres ohne Beweise verneint werden dürfen (vgl. VfGH E 1063/2016, wonach Begründungslosigkeit Feststellungslosigkeit nach sich zöge und Willkür darstellt).

Weitergehende Ermittlungen kämen angesichts der ohnehin über Mitwirkung des Gerichts eingeholten eindeutigen Aussage des behandelnden Wahlarztes, wonach keine solchen Nachteile bei einer Behandlung im öffentlichen Bereich entstünden, einem Erkundungsbeweis gleich. Zu einem solchen ist die Behörde angesichts der Nachweispflicht (vgl. Ritz BAO5, § 115 Tz 12 mit wNW ua VwGH 2001/13/0191) der Beschwerdeführerin nicht gehalten.

§ 173 Abs 1 BAO normiert, dass die Zeugenaussage schriftlich eingeholt werden kann, wenn das persönliche Erscheinen des Zeugen nicht für erforderlich erachtet wird.

Es steht damit im Ermessen des Bundesfinanzgerichts, ob eine Aussage des Zeugen schriftlich eingeholt wird. Kommt es im Hinblick auf die Klärung einer strittigen Sachfrage auf den persönlichen Eindruck vom Zeugen an, wird eine persönliche Befragung des Zeugen erforderlich sein; soll hingegen der Zeuge seine Angaben insbesondere aus ihm zur Verfügung stehenden Unterlagen schöpfen, wird eine schriftliche Befragung in Frage kommen (vgl. z.B. VwGH 28. 10. 2008, 2006/15/0113). Im vorliegenden Fall ist es nicht um einen persönlichen Eindruck von ***Dr.*** gegangen, sondern um die Vorlage von Nachweisen.

Es macht aus Sicht des Bundesfinanzgerichts auch keinen Unterschied, dass der behandelnde Wahlarzt als Auskunftsperson und nicht als Zeuge vernommen wurde. Die Ausführungen waren glaubwürdig und daran bestehen keinerlei Zweifel.

Unstrittig ist, dass die Aufwendungen der Beschwerdeführerin dem Grunde nach zwangsläufig erwachsen sind. Fest steht jedoch, dass keine triftigen medizinischen Gründe vorliegen, die höhere Aufwendungen als die von der Sozialversicherung finanzierten rechtfertigen

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.

Eine Rechtsfrage der grundsätzliche Bedeutung zukommt liegt im Beschwerdefall nicht vor. Das Bundesfinanzgericht folgt der zitierten Rechtsprechung des VwGH. Die Frage ob triftige medizinische Gründe vorliegen, ist eine Tatfrage keine Rechtsfrage und damit kein Thema für die ordentliche Revision.

Wien, am 30. September 2025