

IM NAMEN DER REPUBLIK

Das Bundesfinanzgericht hat durch die Richterin ***Ri*** in der Beschwerdesache ***Bf1***, ***Bf1-Adr***, über die Beschwerde vom 17. Juli 2025 gegen den Bescheid des Finanzamtes Österreich vom 26. Juni 2025 betreffend Einkommensteuer (Arbeitnehmerveranlagung) 2024 zu Steuernummer ***BF1StNr1*** zu Recht erkannt:

I. Der Beschwerde wird gemäß § 279 BAO teilweise Folge gegeben.

Der angefochtene Bescheid wird abgeändert.

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

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

Am 17.02.2025 brachte der Beschwerdeführer (in der Folge kurz: Bf) die Erklärung zur Arbeitnehmerveranlagung 2024 beim zuständigen Finanzamt ein. Darin beantragte er unter anderem die Berücksichtigung von außergewöhnlichen Belastungen (mit Selbstbehalt) in der Höhe von (in der Folge kurz: iHv) 37.565,04 Euro für Krankheitskosten seiner Ehegattin unter der Kennziffer 730 und 5.420,24 Euro für Begräbniskosten seines Schwiegervaters unter der Kennziffer 731. Mit dieser Arbeitnehmerveranlagung übermittelte der Bf weiters auch eine Kostenaufstellung und die dazugehörigen Belege und teilweise Überweisungsbestätigungen.

Mit Ergänzungsansuchen vom 10.03.2025 wurde der Bf seitens der belangten Behörde ersucht, diverse weitere Unterlagen für die Begräbniskosten sowie auch für die außergewöhnlichen Belastungen mit Selbstbehalt (Krankheitskosten) zu übermitteln.

Diesem Ersuchen kam der Bf mit Schreiben vom 25.03.2025 nach und übermittelte Unterlagen des Bestattungsunternehmens, Überweisungsbestätigungen und eine Bestätigung des Arztes ***Dr. M*** – Facharzt für Neurochirurgie und Intensivmedizin – hinsichtlich der Operation der Ehegattin in der ***Privatklinik*** an der Wirbelsäule.

Mit Einkommensteuerbescheid 2024 vom 26.06.2025 wurde die Einkommensteuer für das Jahr 2024 abweichend von der eingereichten Arbeitnehmerveranlagung festgesetzt. Als außergewöhnliche Belastung (mit Selbstbehalt) wurde ein Betrag iHv 16.375,15 Euro (davon 15.434,60 Euro für die Zahnsanierung der Ehegattin und 940,55 Euro für Medikamente) sowie ein Betrag iHv 5.420,24 Euro für Begräbniskosten berücksichtigt. Die Kosten der Wirbelsäulenoperation in der ***Privatklinik*** iHv 17.261,62 Euro sowie diverse Wahlarztkosten iHv 3.795,00 Euro und die dazugehörigen Fahrtkosten iHv 1.052,52 Euro wurden nicht anerkannt.

Begründend wurde von der belangten Behörde ausgeführt, dass Sonderklassegebühren als Krankheitskosten nur dann zwangsläufig iSd § 34 EStG 1988 erwachsen seien, *„wenn diese höheren Aufwendungen aus triftigen medizinischen Gründen getätigt würden. Die triftigen medizinischen Gründe seien durch ein ärztliches Gutachten nachzuweisen. Mangels Nachweises, dass die medizinische Behandlung ausschließlich auf Grund der Sonderklasse möglich gewesen sei, hätten die Aufwendungen nicht berücksichtigt werden können.“* Weiters führte die belangte Behörde aus, dass Kosten für Behandlungen in Privatkliniken oder bei Wahl- bzw Privatärzten nur dann steuerlich absetzbar seien, wenn nachgewiesen werden könnte, dass eine Privatbehandlung medizinisch unbedingt notwendig gewesen wäre. Die Behandlungen im Beschwerdefall seien weder verordnet und offensichtlich auch nicht von der Gesundheitskasse übernommen worden. Es gäbe zwar Kosten, welche von der Gesundheitskasse übernommen worden wären, diese seien aber belegmäßig nicht nachgewiesen worden. Diese Aufwendungen konnten somit mit den zusammenhängenden Fahrtkosten nicht berücksichtigt werden.

Mit Eingabe vom 15.07.2025 brachte der Bf seine Bescheidbeschwerde gegen den Einkommensteuerbescheid 2024 vom 26.06.2025 ein. Begründend wurde im Wesentlichen ausgeführt, dass die Entscheidung, die in Rede stehende Wirbelsäulenoperation in der ***Privatklinik*** durchführen zu lassen, durchaus medizinischer Natur gewesen sei. Die Wartezeit von bis zu 9 Monaten sei für den Bf aus sittlicher Sicht und einem unvertretbaren Risiko einer möglichen Querschnittlähmung seiner Gattin nicht möglich gewesen. Hinsichtlich der Kosten für Wahlärzte gäbe es Widersprüche in den Aussagen der belangten Behörde, dass es zwar in der Kostenaufstellung des Bf zwar Kosten von der Gesundheitskasse gegeben hätte, diese aber keinen Belegen zugeordnet worden seien. Diese sei aber auf Grund der Textierungen auf den Überweisungsträgern der ÖGK nur bedingt möglich. Diese Zuordnungsproblematik dürfe aber nicht den Bf treffen.

In einem weiteren Ergänzungsersuchen vom 21.01.2026 wurde der Bf aufgefordert, nachzuweisen, dass er sich für einen Termin in einem öffentlichen Krankenhaus bemüht habe sowie einen *„Nachweis, dass die Behandlung in einer allgemeinen Gebührenklasse (wo die Kosten zur Gänze von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen worden wären) aus triftigen, medizinischen Gründen nicht möglich war“*.

Mit Schreiben vom 02.02.2026 beantwortete der Bf diese Fragen wie folgt: *„Meine aktuell 62 jährige Gattin leidet seit Jahren an einer multiplen Krankheitssituation: Psoriasis arthris lfd, OP Spinalkanalstenose u. Listese mit Depression Lendenwirbel ¾ und L4/5 Juli 2019; OP Herzklappen- und Aortaersatz 2021, im Zuge der OP Schlaganfall mit Folgeschäden im kognitiven Gehirnzentrum; OP Schilddrüsenkrebs Sept. 2022 mit Teilerfolg, 2 Jod/Radon Strahlentherapien 2023 und 2024 erforderlich aber nicht erfolgreich, OP Lymphknotenkrebs September 2025.“* Der Bf verwies auf seine Argumentation in seiner Beschwerde vom 15.07.2025 und die Bestätigung des Facharztes ****Dr. M****, dass eine lange Wartezeit mit Folgeschäden und dem Risiko einer dauerhaften Querschnittslähmung einhergehen könnte. Trotz Bemühungen, einen rascheren OP-Termin zu organisieren, sei dem Bf dies (obwohl er einen Primar und langjährig beschäftigten Oberarzt im nahegelegenen öffentlichen Krankenhaus kenne) nicht gelungen, einen solchen Termin unter einer Wartezeit von 30 Monaten zu erwirken. Dazu hat der Bf auf zwei Homepages mit den aktuellen Wartezeiten verwiesen.

„Unter Berücksichtigung der Gesamtsituation konnte ich mich auch aus sittlichen Gründen nicht verwehren mit den letzten Mitteln meiner Abfertigung die Operation zu finanzieren.“

Mit der Beschwerdeverentscheidung vom 12.03.2026 wurde die gegenständliche Beschwerde als unbegründet abgewiesen. *„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 (BFG 25.11.2014, RV/3100517/2013).“* Es würde zwar ein Arztbrief vorliegen, jedoch könnten solche Operationen auch in öffentlichen Krankenhäusern durchgeführt und von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden. Ein früherer OP-Termin in einer Privatklinik sei für sich allein noch kein triftiger medizinischer Grund für die steuerliche Berücksichtigung der Mehrkosten. Könne nachgewiesen werden, dass trotz eines dringenden medizinischen Bedarfes nicht in der normalen Klasse operiert worden ist, wären die Kosten absetzbar. Dieser Nachweis sei dem Bf jedoch nicht gelungen.

Mit Eingabe vom 01.04.2026 wurde vom Bf beantragt, die gegenständliche Beschwerde dem Bundesfinanzgericht zur Entscheidung vorzulegen (Vorlageantrag). Darin wurde vom Bf ergänzend vorgebracht, dass er mehrmals versucht habe, im ****Uni.klinik N.**** oder beim Krankenversicherungsträger ****ÖGK Bezirksstelle N.**** eine Bestätigung wegen Unzuständigkeit zu erlangen. Jedoch sei es abgewiesen, worden, schriftlich Stellung zu nehmen, es sei telefonisch bestätigt worden, dass im Jahr 2024 eine rund 30 Wochen

Wartezeit bestünde und auf einen Presseartikel vom selben Tag verwiesen worden. Weiters brachte der Bf vor, dass die dringende Notwendigkeit einer zeitnahen Operation von ***Dr. M*** bestätigt worden sei und das Risiko des Eintrittes von gravierenden Folgeschäden überproportional mit der Dauer der Wartezeit gestiegen wäre. Dieser Facharzt sei seit 2019 mit der minimalinvasiven (mikrochirurgischen) Operationsmethode, welche im regional zuständigen öffentlichen ***Uni.klinik N.*** erst im Jahr 2026 eingeführt worden sei, tätig. Da die Ehegattin des Bf auf Grund der schweren Vorerkrankungen (Herzklappen- und Aorta Ersatz OP 2021 mit Schlaganfall und Folgeschäden im kognitiven Gehirnzentrum, Schilddrüsenkrebs- und Lymphknotenkrebsbehandlungen ab 2022 bis 2025, Psoriasis arthritis und andere chronische Erkrankungen) als Hochrisikopatientin eingestuft worden sei, sei eine minimalinvasive Operationsmethode unumgänglich gewesen.

Auch wurde vom Bf darauf hingewiesen, dass in der Arbeitnehmerveranlagung für das Jahr 2019 die Kosten der ***Privatklinik*** derselben Operation zwei Wirbeltagen tiefer durch Vorlage der Rechnung und des Zahlungsbeleges aber ohne sonstige ärztliche Atteste als außergewöhnliche Belastung anerkannt worden sei. Die ablehnende Beschwerdeentscheidung würde nur thematisch auf die Operationskosten, nicht jedoch auf die eingereichten Wahlarzt- und Therapiekosten sowie damit verbundenen Reisekosten begründend eingehen.

Mit Vorlagebericht vom 21.04.2026 wurde die gegenständliche Beschwerde dem Bundesfinanzgericht zur Entscheidung vorgelegt. Strittig sei laut Finanzamt im Anlassfall nach wie vor nicht die Tatsache, dass die Operation medizinisch notwendig gewesen sei, sondern, ob die mit höheren Kosten verbundenen Aufwendungen für die Privatklinik auch notwendig und zwangsläufig im Sinne des § 34 EStG 1988 gewesen seien – also, ob triftige medizinische Gründe für das Vorverlegen eines Operationstermins vorgelegen seien. Vom Bf seien keine konkreten Nachweise erbracht worden, dass die Gattin oder er sich tatsächlich um einen Termin in einem öffentlichen Krankenhaus bemüht hätten oder dass ein konkret gesundheitlicher Nachteil bei nicht sofortiger Operation vorliegen würde. Die Abweisung der Beschwerde wurde von der belangten Behörde weiterhin beantragt.

Das Bundesfinanzgericht hat mit Vorhalt vom 23.04.2026 dem Bf aufgetragen, die Verordnungen der Ärzte vorzulegen und anzugeben, warum gewisse Behandlungen bei seiner Gattin medizinisch notwendig gewesen waren.

Mit Stellungnahme vom 28.06.2026 übermittelte der Bf noch weitere Bestätigungen von diversen Wahlärzten. Er verwies erneut auf die medizinische Notwendigkeit der Behandlungen für seine Gattin und führte explizit zu den einzelnen Arzthonoraren und dazugehörigen Fahrtkosten aus. Auch gab er an, dass gewisse Behandlungen durchaus bei ÖGK-Vertragsärzten erfolgen hätten können.

II. Das Bundesfinanzgericht hat erwogen:

1. Sachverhalt

Der Bf machte in seiner Arbeitnehmerveranlagung ausschließlich außergewöhnlichen Kosten mit Selbstbehalt (Krankheitskosten in KZ 730) für seine Ehegattin sowie Begräbniskosten (KZ 731) für seinen verstorbenen Schwiegervater geltend. Diese Aufwendungen für das Begräbnis, die Arztbesuche, Medikamente, Fahrtkosten sowie Krankenhausaufenthalte sind durch Unterlagen dokumentiert.

Der strittige Teil der Aufwendungen betrifft Kosten für eine Wirbelsäulenoperation der Gattin des Bf in der ***Privatklinik*** mit den dazugehörigen Voruntersuchungen iHv 17.261,62 Euro, Wahlarztkosten bei diversen Fachärzten iHv 3.795,00 Euro sowie die dazugehörigen Aufwendungen für Fahrtkosten iHv 1.052,52 Euro.

Die Ehegattin des Bf wurde im Zeitraum 22.07.2024 bis 26.07.2024 in der oa Klinik an der Wirbelsäule operiert und war dort stationär untergebracht.

Kosten der Wirbelsäulenoperation wurden zu einem Teil von der Österreichischen Gesundheitskasse getragen, auch wurden teilweise Kosten der Arzthonorare der diversen Fachärzte von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen.

Aufgrund der bei der Ehegattin des Bf seit Jahren bestehenden Kreuzschmerzen und seit mehreren Monaten bestehenden massiven Kreuzschmerzen, welche auch in die Beine ausstrahlten und ein Taubheitsgefühl verursachten und das Gehen fast unmöglich machten, wurde vom Bf und seiner Ehegattin der Facharzt für Neurochirurgie und Intensivmedizin konsultiert, welcher die Gattin des Bf operierte. Konservative Therapieansätze brachten keine Besserung mehr und eine Mobilisierung war fast nicht mehr möglich.

Ein hoher Schmerzmittelkonsum, die Chronifizierung der Schmerzen und auch eine dauerhafte Lähmung waren drohende Folgeschäden auf Grund einer zu langen Wartezeit für eine dringend notwendige Operation.

Der Bf hatte in zeitlicher Nähe zu den Beschwerden seiner Ehegattin keinen Operationstermin in einem ortsnahen, öffentlichen Krankenhaus erhalten (in der ***Klinik P.*** oder ***Uni.klinik N.*** betrug die Wartezeit ca 30-40 Wochen), daher entschlossen sich der Bf und seine Ehegattin, den Eingriff von einem Arzt in einer Privatklinik (***Privatklinik***) vornehmen zu lassen, um vor allem die drohenden Folgeschäden zu vermeiden. Die angefallenen Kosten dieser Operation in der Privatklinik wurden vom Bf für seine Ehegattin selbst übernommen.

Dass der Eingriff medizinisch notwendig war, stellte auch die belangte Behörde nicht in Abrede.

Die vom Bf für die Behandlungen seiner Gattin bei Wahlärzten betreffenden Kosten waren für Psychotherapie, für Orthopädie sowie für Rheumatologie. Dazu wurde vom Bf über die medizinische Notwendigkeit schriftlich ausgeführt, die Arztbestätigungen beigelegt und Kostenerstattungen abgezogen.

Bestätigt wurde, dass diese Therapie beim Orthopäden auch bei einem Kassenarzt gesondert zu verrechnen ist, weshalb es hier keinen Unterschied macht, welchen Arzt man konsultiert. Ein Arzt für Rheumatologie mit einem Vertrag für ÖGK gibt es in den umliegenden politischen Bezirken nicht.

Im Bereich für Psychotherapie gibt es auch Vertragsärzte der ÖGK in den umliegenden politischen Bezirken, bei welchen die Behandlung kostenlos wäre.

Vom Bf wurde in seiner Stellungnahme vom 28.06.2026 auch (für die in der Kostenaufstellung diversen Honoraren bei einzelnen weiteren Wahlärzten) bestätigt, dass *„die Behandlungen bei den übrigen Wahlärzten durchaus auch bei ÖGK Vertragsärzten erfolgen hätte können.“*

2. Beweiswürdigung

Der dargestellte Sachverhalt ergibt sich aus den vorliegenden Akten und beruht insbesondere auf den Eingaben des Bf und auf den von ihm vorgelegten Dokumenten und Unterlagen. Die dargestellten Kosten beruhen im Detail auf den vorliegenden Honorarnoten, Rechnungen und Überweisungsbestätigungen.

Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen gehen klar aus den vorliegenden Unterlagen des Bf hervor. Aus medizinischer Sicht war eine unmittelbare und zeitnahe Operation jedenfalls medizinisch notwendig (siehe Ärztliche Bestätigung vom 20.03.2025).

Im Rahmen der Beweiswürdigung ist den Ausführungen des Bf jedenfalls Glauben zu schenken, soweit er vorbringt, dass er sich anhand der Homepages öffentlicher Krankenanstalten über die jeweiligen Wartezeiten informiert sowie telefonisch – unter anderem bei einem ihm bekannten Primar – entsprechende Erkundigungen eingeholt hat.

Ebenso erscheint nachvollziehbar, dass ihm aufgrund von Personalengpässen und Zeitmangel keine schriftlichen Stellungnahmen oder Bestätigungen ausgestellt werden konnten (vgl die Ausführungen des Bf im Vorlageantrag vom 01.04.2026).

Schließlich entspricht es der allgemeinen Lebenserfahrung, dass in öffentlichen Krankenanstalten für die Operation der Ehegattin des Bf mit längeren Wartezeiten zu rechnen gewesen wäre als in der von ihm gewählten Privatklinik.

Ebenso ist den Ausführungen des Bf Glauben zu schenken, wonach er sich für eine private medizinische Versorgung seiner Ehegattin entschied, um eine möglichst rasche Linderung ihrer Schmerzen zu erreichen und sie insbesondere vor den drohenden, mit einem längeren Zuwarten verbundenen erheblichen gesundheitlichen Risiken und Folgeschäden zu schützen.

Ein weiteres Indiz für die Zwangsläufigkeit der Durchführung der Operation in der gewählten Privatklinik durch den behandelnden Arzt liegt darin, dass dieser die minimalinvasive (mikrochirurgische) Operationsmethode bereits seit mehreren Jahren anwandte, während diese im regional zuständigen öffentlichen Krankenhaus erst im gegenständlichen Jahr eingeführt wurde. Angesichts des Gesundheitszustandes der Ehegattin des Bf und ihrer Einstufung als Hochrisikopatientin war die Anwendung dieser Operationsmethode medizinisch geboten.

Dass der von der belangten Behörde geforderte gesundheitliche Nachteil nicht ausschließlich in den erheblichen Schmerzen bestand, sondern darüber hinaus insbesondere in den Nebenwirkungen der hochdosierten Schmerzmedikation sowie in dem aufgrund der multiplen Vorerkrankungen und Voroperationen bestehenden erheblichen Risiko weiterer gesundheitlicher Folgeschäden lag, wurde vom Bf durch seine schriftlichen Ausführungen sowie die vorgelegten ärztlichen Bestätigungen nachvollziehbar und glaubhaft dargelegt.

Fest steht, dass die Ehegattin des Bf nach ihrer erstmaligen Vorstellung beim behandelnden Facharzt bereits innerhalb von rund zehn Wochen einen Operationstermin in der gewählten Privatklinik erhielt. Auch dort war somit eine Wartezeit in Kauf zu nehmen, diese betrug jedoch lediglich rund zehn Wochen und lag damit deutlich unter den vom Bf für öffentliche Krankenanstalten dargelegten Wartezeiten von etwa 30 bis 40 Wochen.

Der Bf hat den Schritt zur privaten medizinischen Versorgung getätigt, um schnellstmöglich die Schmerzen seiner Ehegattin zu lindern und keine weitere Verschlechterung der allgemeinen körperlichen Verfassung und drohenden Folgeschäden zu riskieren.

Der vom Bf gewählte Weg einer vorgezogenen Operation in einer Privatklinik war medizinisch indiziert und ist zwangsläufig erwachsen.

Für die beschwerdegegenständlichen Wahlarztkosten wurden vom Bf Kostenaufstellungen, Überweisungsbestätigungen, Rechnungen und Arztbestätigungen übermittelt.

Dass die geltend gemachten Arzthonorare grundsätzlich medizinische Leistungen betreffen, die bei der Gattin des Bf notwendig waren, wird nicht bestritten.

Die für die Inanspruchnahme von Wahlärzten vorgebrachten Argumente vermögen im Hinblick auf die psychotherapeutische Behandlung die Zwangsläufigkeit der geltend gemachten Aufwendungen nicht zu begründen. Insbesondere wurde nicht nachgewiesen, dass eine Behandlung durch einen Kassenarzt bzw eine Kassentherapeutin mit medizinischen Nachteilen

verbunden gewesen wäre oder aus medizinischen Gründen nicht in Betracht gekommen wäre. Es konnte somit nicht glaubhaft gemacht werden, dass triftige medizinische Gründe gegen die Inanspruchnahme einer kassenärztlichen oder kassenfinanzierten psychotherapeutischen Behandlung gesprochen hätten.

Der von der Österreichischen Gesundheitskasse gewährte Kostenzuschuss stellt zwar ein Indiz für die medizinische Notwendigkeit der psychotherapeutischen Behandlung dar und wird zudem durch die Bestätigung der behandelnden Ärztin untermauert. Daraus lässt sich jedoch weder die Zwangsläufigkeit der mit der Inanspruchnahme von Wahlärzten bzw Wahltherapeuten verbundenen Mehrkosten noch das Vorliegen triftiger medizinischer Gründe für die Wahl dieser Behandlungsform ableiten.

Die geltend gemachten Mehraufwendungen für die psychotherapeutische Behandlung durch Wahlärzte bzw Wahltherapeuten erfüllen daher die Voraussetzungen für die steuerliche Berücksichtigung als außergewöhnliche Belastung nicht.

Belegt und glaubhaft gemacht wurden die Kosten für die Behandlung bei einem Wahlarzt für Rheumatologie und Orthopädie.

3. Rechtliche Beurteilung

3.1. Zu Spruchpunkt I. (Abänderung)

Im gegenständlichen Verfahren ist einerseits strittig, ob die Operation der Ehegattin des Bf in der gewählten Privatklinik auch zwangsläufig erwachsen ist, oder ob diese nicht auch (zu einem späteren Termin) in einem öffentlichen Krankenhaus vorgenommen hätte werden können und andererseits, ob die Wahlarztkosten mit den dazugehörigen Fahrtkosten außergewöhnliche Belastungen iSd § 34 EStG 1988 sind.

Gemäß § 34 Abs 1 EStG 1988 sind bei der Ermittlung des Einkommens (§ 2 Abs 2 leg cit) eines unbeschränkt Steuerpflichtigen nach Abzug der Sonderausgaben (§ 18 leg cit) außergewöhnliche Belastungen abzuziehen. Die Belastung muss vor allem 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).

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

Zu den beantragten Krankheitskosten für die Ehegattin des Bf ist weiters festzuhalten, dass gemäß § 34 Abs 7 Z 4 EStG 1988 Unterhaltsleistungen infolge Übernahme von Krankheitskosten für die Ehegattin als außergewöhnliche Belastung abzugsfähig sein können (vgl VwGH 28.05.1998, 94/15/0028). Für das Tragen von Krankheitskosten für

unterhaltsberechtigten Personen ergibt sich aus der Unterhaltspflicht eine rechtliche Verpflichtung iSd § 34 Abs 3 EStG 1988 (vgl VwGH 31.03.2017, Ra 2016/13/0053).

Grundsätzlich sind Krankheitskosten vom erkrankten (Ehe)Partner selbst zu tragen. Ist dieser auf Grund eigener Einkünfte selbst in der Lage, die Kosten zu tragen, kann der Unterhaltsverpflichtete sie nicht geltend machen (vgl VwGH 28.04.1987, 85/14/0049).

Nachdem die Ehegattin des Bf selbst kaum Pensionseinkünfte im Beschwerdejahr erzielte und sie somit nicht fähig war, die Krankheitskosten selbst zu tragen, stellten die vom Bf bezahlten Krankheitskosten seiner Ehegattin somit grundsätzlich beim Bf außergewöhnliche Belastungen dar.

3.1.1. Operationskosten Privatklinik

Im Beschwerdefall wird eine infolge eines operativen Eingriffs an der Wirbelsäule mit dem Aufenthalt in einer Privatklinik einhergehende Belastung, somit eine aus tatsächlichen Gründen eingetretene Belastung, geltend gemacht.

Die belangte Behörde bestreitet im Ergebnis die Zwangsläufigkeit der in Rede stehenden Aufwendungen.

Solche tatsächlichen Gründe, die die Zwangsläufigkeit der Belastung zu begründen vermögen, können insbesondere in der Krankheit, Pflegebedürftigkeit oder Betreuungsbedürftigkeit des Steuerpflichtigen gelegen sein (vgl VwGH 01.09.2015, 2012/15/0117; VwGH 04.09.2014, 2012/15/0136; VwGH 26.05.2010, 2007/13/0051).

Wie auch der VwGH in seinem Erkenntnis vom 11.02.2016, 2003/13/0064 ausgeführt hat, ist die Zwangsläufigkeit des Aufwands stets nach den Umständen des Einzelfalls zu prüfen (vgl auch 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 (vgl VwGH 04.09.2014, 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/Unger in Hofstätter/Reichel*, Einkommensteuer-Kommentar, § 34 EStG 1988 Anhang II – ABC Tz 35, mit Judikaturhinweisen). Die Beweislast dafür trägt der Steuerpflichtige, der selbst alle Umstände darzulegen hat, auf welche die Berücksichtigung bestimmter Aufwendungen als außergewöhnliche Belastung gestützt werden kann (vgl VwGH 20.09.2023, Ro 2021/13/0025, VwGH 13.03.2023, Ra 2020/13/0057).

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 VwGH 13.05.1986, 85/14/0181; BFG 26.02.2018, RV/5100307/2018).

Unter Krankheit ist eine gesundheitliche Beeinträchtigung zu verstehen, die eine Heilbehandlung bzw Heilbetreuung erfordert. Liegt eine Krankheit vor, so sind jene Kosten abzugsfähig, die der Heilung, Besserung oder dem Erträglich machen einer Krankheit dienen.

Nicht absetzbar sind Aufwendungen für die Vorbeugung von Krankheiten und die Erhaltung der Gesundheit, für Verhütungsmittel, eine künstliche Befruchtung, eine Frischzellenkur oder eine Schönheitsoperation, weil in diesen Fällen keine oder keine unmittelbare Verbindung zwischen den Aufwendungen und einer Krankheit besteht.

Absetzbar sind va Arzt- und Krankenhaus honorare, Aufwendungen für Medikamente einschließlich medizinisch verordneter homöopathischer Präparate und Aufwendungen für Heilbehelfe (vgl *Doralt*, EStG 11, § 34 Tz 78).

Im Beschwerdefall werden die triftigen medizinischen Gründe aufgrund folgender Tatsachen als gegeben angesehen:

Das Vorliegen der Zwangsläufigkeit wäre jedenfalls zu verneinen, wenn die geltend gemachten Aufwendungen lediglich auf den persönlichen Wünschen oder Vorstellungen des Bf hinsichtlich einer bestimmten medizinischen Behandlung beruht hätten. Davon kann im vorliegenden Fall jedoch keine Rede sein.

Vielmehr bestand aufgrund der medizinischen Erfordernisse das Ziel, die notwendige Operation möglichst zeitnah durchführen zu lassen, um der Ehegattin des Bf ein weitgehend schmerzfreies Leben zu ermöglichen. Zugleich sollte den erheblichen Nebenwirkungen der hochdosierten Schmerzmedikation sowie dem Risiko einer Chronifizierung der Schmerzen und dauerhafter neurologischer Ausfälle, insbesondere einer Lähmung, entgegengewirkt werden.

Wenn das Finanzamt in der Beschwerdeentscheidung vom 12.03.2026 anführt, dass eine kürzere Wartezeit für sich alleine noch keinen triftigen Grund für die Behandlung in einem Privatspital darstellt, so wird dem hier auch nicht widersprochen. Die kürzere Wartezeit alleine ist nicht ausschlaggebend. Ausschlaggebend ist das körperliche Befinden (die vorhandenen Schmerzen der Ehegattin des Bf, die Nebenwirkungen der Schmerzmittel, das enorme Risiko der Folgeschäden insb einer Querschnittslähmung), welches eine zeitnahe Operation jedenfalls zwangsläufig erfordert hat. Der behandelnde Arzt stellte in seiner Bestätigung vom 20.03.2025 unmissverständlich klar, dass bereits eine „*Anschlußstenose mit Spondylolisthese im Lendenwirbelbereich*“ (Verengung des Wirbelkanals, verrutschter Wirbel im Lendenwirbelbereich) aufgetreten ist, die konservative Therapie keine Besserung mehr brachte, längere Wartezeiten in den öffentlichen Krankenhäusern in Kauf zu nehmen sind und

die durch das Zuwarten verursachten Folgeschäden bis hin zu einer Querschnittslähmung führen können.

Ein Zuwarten hätte sich somit jedenfalls negativ auf den Gesundheitszustand der Ehegattin des Bf ausgewirkt, da die Schmerzen im Kreuz/Wirbelsäulenbereich mit den verbundenen Taubheitsgefühlen in den Beinen glaubhaft zu einer wesentlichen gesundheitlichen Beeinträchtigung und körperlichen Verschlechterung – Querschnittslähmung – geführt hätten.

Wie also bereits ausgeführt wurde, sind die mit dem stationären Aufenthalt der Ehegattin des Bf in der Privatklinik verbundenen Aufwendungen als zwangsläufig zu qualifizieren, weil der stationäre Aufenthalt nicht auf bloße Wünsche und Vorstellungen des Bf/Ehegattin des Bf über eine bestimmte medizinische Behandlung, sondern auf den Umstand, dass ein Zuwarten auf einen öffentlichen Platz aus medizinischer Sicht nicht tragbar war, zurückzuführen ist.

Die nunmehr verursachten Kosten iHv insgesamt 17.261,62 Euro (der ÖGK-Zuschuss iHV 6.845,85 Euro wurde hier bereits berücksichtigt) sind vor diesem Hintergrund aufgrund der hierfür gegebenen medizinischen Notwendigkeit dem Grunde nach als außergewöhnliche Belastung anzuerkennen.

Die im gegenständlichen Fall anzuerkennenden Belastungen sind weiters um eine allfällige Haushaltserparnis zu kürzen (5 Tage*5,23 Euro) und den nach der Maßgabe des § 34 Abs 4 EStG 1988 berechneten Selbstbehalt zu vermindern.

3.1.2. Wahlarztkosten und Fahrtkosten

Im Beschwerdefall werden vom Bf weiters auch Kosten der Ehegattin für diverse Wahlarzthonorare und dazugehörige Fahrtkosten als außergewöhnliche Belastungen geltend gemacht.

Vom Bf wurde vorgebracht, dass seine Gattin seit vielen Jahren an folgenden Krankheiten und Schmerzen leidet und daher viele Arztbesuche unvermeidbar sind:

„Psoriasisarthritis: Eine chronisch-entzündliche Gelenkerkrankung, die Schmerzen, Schwellungen und im Verlauf Gelenkschäden verursachen kann.

Halswirbelsäule: Schmerzen im Nacken mit Ausstrahlung in den linken Arm (Cervicobrachialgie), was auf eine Reizung von Nerven oder Strukturen der Halswirbelsäule hinweisen kann.

Lendenwirbelsäule: Sie wurden zwischen dem 3. und 5. Lendenwirbel operativ versteift.

Zusätzlich wurde eine CT-gesteuerte Injektion an den Wirbelgelenken durchgeführt, was darauf hindeutet, dass dort weiterhin Schmerzen behandelt werden.

Linker Fuß: Folgen eines Bruchs am Fersenbein sowie eine schmerzhafte, aktivierte Arthrose im Mittelfuß. Außerdem besteht ein Zustand nach einer früheren Gelenkversteifung.

Rechter Fuß: Mehrere Gelenke im Mittelfuß zeigen deutliche Arthrose. Die Knochenmarködeme sprechen für eine aktuelle Belastungs- oder Entzündungsreaktion. Auch das Kahnbein ist betroffen, und eine weitere Fußgelenksarthrose ist bereits weit fortgeschritten.

Rechtes Knie: Vorwiegend an der Innenseite besteht Arthrose. Das Knochenmarködem, das

häufig mit Schmerzen verbunden ist, nimmt zwar ab, die Arthrose selbst besteht jedoch weiterhin.“

Grundsätzlich ist dem Bf zwar zuzugestehen, dass es in Österreich eine freie Arztwahl gibt, von der Frage der freien Arztwahl ist aber jene zu unterscheiden, ob die Kosten oder ein Teil davon auf die Allgemeinheit durch Geltend machen von außergewöhnlichen Belastungen überwältigt werden können. Auch Krankheitskosten müssen die in § 34 EStG 1988 normierten Voraussetzungen erfüllen.

Zusammengefasst können Krankheitskosten zwar grundsätzlich zu außergewöhnlichen Belastungen iSd § 34 Abs 1 EStG führen, doch gilt dies nicht für jede auf ärztliches Anraten und aus medizinischen Gründen durchgeführte Gesundheitsmaßnahme.

Da § 34 EStG 1988 eine Zwangsläufigkeit der berücksichtigten Aufwendungen verlangt, ist es erforderlich, dass die betreffenden Maßnahmen zur Heilung oder Linderung einer Krankheit nachweislich notwendig sind.

Mangels Zwangsläufigkeit als außergewöhnliche Belastung (auch bei ärztlicher Verordnung) nicht zu berücksichtigen sind daher generell Aufwendungen zur Erhaltung der Gesundheit bzw Vorbeugung gegen Krankheiten oder zur Steigerung des Wohlbefindens, etwa durch Stärkungsmittel, Vitaminpräparate oder Nahrungsergänzungsmittel.

Soweit die medizinische Notwendigkeit hinreichend erwiesen ist, sind Aufwendungen von einer Berücksichtigung als außergewöhnliche Belastung noch nicht deshalb ausgeschlossen, weil die Sozialversicherung eine Kostenübernahme – sei es nur hinsichtlich der Höhe oder bereits dem Grunde nach – ablehnt (UFS 09.03.2010, RV/0308-W/10, oder UFS 19.04.2010, RV/2160-W/06). Einem Kostenersatz durch den Sozialversicherungsträger komme lediglich Indizwirkung zu, da die Richtlinien für die Ersatzleistungen maßgeblich auch durch Wirtschaftlichkeitsüberlegungen dieser Einrichtungen mitbestimmt seien (vgl *Wanke in Wiesner/Grabner/Wanke Hrsg, MSA EStG*¹¹, § 34 Anm 78 „Krankheitskosten“).

Nach der Rechtsprechung des VwGH 15.12.2021, Ro 2020/15/0010 und VwGH 11.02.2022, Ra 2020/13/0062 ergibt sich die Zwangsläufigkeit von Krankheitskosten aufgrund des (hier nicht bestrittenen) Vorliegens – also der Tatsache – einer Krankheit.

Im Rahmen der Krankenbehandlung ist das Recht auf freie Arztwahl grundsätzlich anzuerkennen (*Fuchs in Doralt et al, EStG*²⁰, § 34 Tz 78 ABC der außergewöhnlichen Belastungen, Stichwort: Krankheitskosten). Liegen triftige medizinische Gründe vor, sind auch höhere Aufwendungen als die von der Sozialversicherung finanzierten, als zwangsläufig zu beurteilen. Eine Abgrenzung derartiger, zwangsläufig angefallener Kosten hat insbesondere zu allgemeinen Kosten der Lebensführung zu erfolgen, also bei Aufwendungen, die üblicherweise auch Gesunde zur Steigerung ihres Wohlbefindens tätigen. Bei diesen verlangt die Judikatur eine ärztliche Verordnung im Vorfeld (VwGH 04.09.2014, 2012/15/0136).

Nach der Lehre wird heute keine Priorität schulmedizinischer Methoden mehr vertreten. Auch Aufwendungen für Maßnahmen der Alternativmedizin sind daher nicht grundsätzlich von der Anerkennung der damit aufgewandten Kosten als außergewöhnliche Belastung ausgeschlossen. Voraussetzung ist aber, dass sie zwangsläufig erwachsen sind, wovon ausgegangen werden kann, wenn deren medizinische Notwendigkeit nachgewiesen wird (vgl. Doralt, EStG¹¹, § 34 Tz 78; Renner, SWK 2011, 28ff).

Da bei Vorliegen einer medizinischen Notwendigkeit auch für eine von der Wissenschaft noch nicht anerkannten Behandlungsmethode Anspruch auf Kostenersatz durch die gesetzliche Sozialversicherung besteht, ist für die medizinische Notwendigkeit von alternativmedizinischen Behandlungsmethoden zur Krankenbehandlung auch eine Nachweisführung über ein Verfahren zur Kostenübernahme durch die Sozialversicherung möglich.

Voraussetzung für eine derartige Kostenübernahme durch die Sozialversicherung ist, dass zunächst eine – kostengünstigere – zumutbare Behandlung nach wissenschaftlich anerkannten Regeln versucht wurde und die "Außenseitermethode" beim Versicherten erfolgreich war oder doch nach den bisherigen Erfahrungen (prognostisch) ein Erfolg erwartet werden durfte. Kann jedoch schon mit schulmedizinischen Methoden das Auslangen gefunden werden, ist ein Ersatz der Kosten für die "Außenseitermethode" mangels erwiesener Notwendigkeit nicht möglich (vgl. zB OGH 28.05.2019, 10 ObS 55/19i).

Da sich auch die Kostenübernahme der Sozialversicherung am Kriterium der medizinischen Notwendigkeit orientiert, erachtet das Bundesfinanzgericht die OGH-Judikatur insofern auch für einen Kostenabzug nach § 34 EStG als beachtlich.

Entscheidend wird jedoch stets sein, ob eine Behandlung medizinisch indiziert ist und die damit verbundenen Kosten sich somit von Kosten der privaten Lebensführung abgrenzen lassen. Wenn von der höchstgerichtlichen Judikatur ärztliche Verordnungen, medizinische Zeugnisse oder Gutachten zum Nachweis der Zwangsläufigkeit von Heilbehandlungs- oder Kurkosten verlangt werden, so dient dies der Überprüfung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahmen. Daraus folgt, dass den Dokumenten die erhobenen Befunde, die daraus abgeleiteten Diagnosen und der Wirkungszusammenhang zwischen den verordneten Maßnahmen und den festgestellten Erkrankungen in einer für fachkundige Dritte nachvollziehbaren Weise zu entnehmen sein muss.

Da die §§ 34 EStG 1988 f Begünstigungsbestimmungen sind, obliegt die Behauptung und der Beweis des Vorbringens vornehmlich dem Steuerpflichtigen. Ein Steuerpflichtiger, der abgabenrechtliche Begünstigungen (hier: außergewöhnliche Belastungen ohne Selbstbehalt) in Anspruch nehmen möchte, hat selbst einwandfrei und „unter Ausschluss jeden Zweifels“ das Vorliegen der Umstände darzulegen, auf die die Begünstigung gestützt werden kann, wobei die Gründe im Einzelnen anzuführen sind (VwGH 10.08.2005, 2001/13/0191); es obliegt ihm, einen

geeigneten Sachverhalt vorzutragen und die entsprechenden Nachweise vorzulegen (VwGH 26.03.2003, 98/13/0072).

Im gegenständlichen Beschwerdefall wurde dem Bf im Bescheid von der belangten Behörde folgendes begründend vorgehalten: *„Kosten für Behandlungen in Privatkliniken oder bei Wahl- bzw. Privatärztinnen (zb. Psychotherapie, Hautarzt, etc.) sind nur dann steuerlich absetzbar, wenn Sie nachweisen können, dass eine Privatbehandlung medizinisch unbedingt notwendig war. Die Behandlungen wurden weder verordnet und offensichtlich auch nicht von der Gesundheitskasse übernommen. Laut Kostenaufstellung wurden zwar Kosten von der Gesundheitskasse übernommen, hierzu aber keine Belege beigelegt, welche Kosten zu welcher Behandlung übernommen wurden. Diese Aufwendungen und die zusammenhängenden Fahrtkosten konnten nicht berücksichtigt werden.“*

In der Beschwerdevorentscheidung führte die belangte Behörde zu den Wahlarztkosten und den dazugehörigen Reisekosten des Bf in ihrer Begründung nichts an, in ihrem Vorlagebericht begründet die Behörde ihre Abweisung der Wahlarztkosten lediglich damit, dass die medizinische Notwendigkeit nicht nachgewiesen worden sei.

Die Kosten, welche der Bf für seine Gattin übernommen und in seiner Arbeitnehmerveranlagung als außergewöhnliche Belastungen gem § 34 BAO geltend gemacht hat, wurden durch Belege, Überweisungsbestätigungen und Rechnungen belegt. Auch die dazugehörigen Rückerstattungen durch die Österreichische Gesundheitskasse wurden vom Bf bereits in seiner Arbeitnehmerveranlagung abgezogen und in einer Kostenaufstellung der belangten Behörde zur Information übermittelt.

Die im Verfahren vorgelegten Unterlagen sind teilweise geeignet, eine medizinische Notwendigkeit der verrechneten Maßnahmen (verbleibenden strittigen Kosten) nachzuweisen.

Die für die Inanspruchnahme von Wahlärzten vorgebrachten Argumente vermögen allerdings hinsichtlich der Psychotherapie keine Zwangsläufigkeit der Aufwendungen zu belegen, medizinische Nachteile durch Behandlung durch einen Kassenarzt sind diesbezüglich nicht belegt. Es konnte somit nicht glaubhaft gemacht werden, dass triftige medizinische Gründe gegen die Inanspruchnahme einer kassenärztlichen oder kassenfinanzierten psychotherapeutischen Behandlung gesprochen hätten.

Die Zwangsläufigkeit der Kosten für die Behandlungen der Ehegattin des Bf bei einem Wahlarzt für Rheumatologie iHv 505,40 Euro und Orthopädie iHv 572,56 Euro wurden nachgewiesen.

Hinsichtlich der Fahrtkosten zu den Ärzten wird vom Bundesfinanzgericht auf die Ausführungen der belangten Behörde in der Begründung des Vorlageberichts vom 21.04.2026 verwiesen. Die beantragten Reisekosten tragen dasselbe Schicksal wie die zugrunde liegenden Wahlarztkosten (vgl. VwGH vom 18.12.2017, Ra 2017/15/0016).

Hinsichtlich der festgesetzten Einkommensteuer wird auf das als Beilage angeschlossene Berechnungsblatt verwiesen.

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

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.

Das Bundesfinanzgericht ist bei der Beurteilung der Rechtsfragen der in der Entscheidung angeführten Judikatur des Verwaltungsgerichtshofes gefolgt. Darüber hinaus hing die gegenständliche Entscheidung von der im Rahmen der Beweiswürdigung vorgenommene Beurteilung von Tatfragen ab, mit denen keine Rechtsfragen von grundsätzlicher Bedeutung in Zusammenhang stehen. Eine (ordentliche) Revision war daher nicht zulässig.

Graz, am 21. Juli 2026