



Berufungsentscheidung

Der unabhängige Finanzsenat hat über die Berufung des Bw., gegen den Bescheid des Finanzamtes Lilienfeld St. Pölten betreffend erhöhte Familienbeihilfe für

- Bk (ab März 2000) und
- Bn (ab Jänner 2003)

entschieden:

Die Berufung wird als unbegründet abgewiesen.

Der angefochtene Bescheid bleibt unverändert.

Entscheidungsgründe

Der Berufungswerber (Bw.) beantragt die erhöhte Familienbeihilfe für die Kinder

- Bk, geb. 29.6.1994 (rückwirkend ab 1996) und
- Bn, geb. 25.5.2002 (ab Jänner 2003).

Den vom Bw. gestellten Antrag auf rückwirkende Gewährung der erhöhten Familienbeihilfe für Bk wies das Finanzamt, soweit der Zeitraum Jänner 1996 bis Februar 2000 betroffen war, mit der Begründung zurück, die Eingabe sei nicht fristgerecht eingebracht worden und obiger Zeitraum sei zum Zeitpunkt der Antragstellung bereits verjährt gewesen.

Dieser Bescheid wurde vom Bw. (zu Recht) nicht angefochten; strittig ist daher für Bk nur mehr die Gewährung der erhöhten Familienbeihilfe ab März 2000.

Über Ersuchen des Finanzamtes erstellte das Bundessozialamt nach - Untersuchung der beiden Kinder - folgende fachärztliche Sachverständigengutachten:

Sachverständigengutachten für Bk:

Untersuchung am: 2005-05-12 11:30 im Bundessozialamt Niederösterreich

Anamnese:

Lt. Anamnese besteht bei Bk seit dem frühen Säuglingsalter eine rezidivierende obstruktive Bronchitis, weshalb über längere Zeit - neben anderen medikamentösen Maßnahmen - auch eine Inhalationsbehandlung mit Pulmicort und Bricanyl durchgeführt wurde. Während des Sommers, bes. bei Aufenthalt in der Türkei sei es jeweils zu einer deutlichen Besserung gekommen. Derzeit bestehe teilweise nächtlicher Husten bei abklingendem Luftwegsinfekt, ansonsten aber Beschwerdefreiheit. Eine inhalative Dauertherapie ist lt. Anamnese nicht mehr erforderlich. Ein Allergietest wurde bisher nicht durchgeführt.

Behandlung/Therapie (Medikamente, Therapien - Frequenz):

Derzeit bis auf Hustensaft keine medikamentöse Therapie, insbes. keine Dauertherapie mit antiasthmatis. Inhalationen

Untersuchungsbefund:

Knapp 11 Jahre alter Bub in gutem AEZ, Pulmo: wenige bronchitische Rasselgeräusche bei abklingendem Luftwegsinfekt, sonst Pulmo frei, kein Hinweis auf Obstruktion, auch der übrige interne Status unauffällig. Gewicht 40 kg, 75.-90. Perzentile, Körperlänge 139,5 cm, 10.-25. Perzentile.

Status psychicus / Entwicklungsstand: unauffällig imponierend

Relevante vorgelegte Befunde:

2005-03-17 DR. HARALD A., FA FÜR KINDER-UND JUGENDHEILKUNDE, X
Karteiausdruck mit Diagnosen und verordneten Medikamenten seit 12/98,
letzte Eintragung bzgl. Bronchitis 6/2004

Diagnose(n):

rezidivierende obstruktive Bronchitis

Richtsatzposition: 283 Gdb: 010% ICD: J41.-

Rahmensatzbegründung:

MRS, da anamnest. teilweise antiasthmatische Dauertherapie erforderlich

Gesamtgrad der Behinderung: **10 vH** voraussichtlich mehr als 3 Jahre anhaltend.

Der(Die) Untersuchte ist voraussichtlich n i c h t dauernd außerstande, sich selbst den Unterhalt zu verschaffen.

erstellt am 2005-05-28 von Z.L.

Facharzt für Kinderheilkunde

zugestimmt am 2005-05-31

Leitender Arzt: S-G.G.

Sachverständigengutachten für Bn:

Untersuchung am: 2005-05-12 11:30 im Bundessozialamt Niederösterreich

Anamnese:

Lt. Anamnese besteht bei Bn eine rezidivierende, teils auch obstruktive Bronchitis, weshalb zeitweise eine Inhalationstherapie mit Bricanyl und weiteren Medikamenten (nicht genau eruierbar) durchgeführt wurde. Derzeit keine Therapie, kein Husten.

Behandlung/Therapie (Medikamente, Therapien - Frequenz): derzeit keine medikamentöse Therapie

Untersuchungsbefund:

Knapp 3 Jahre altes Mädchen in gutem AEZ, interner Status unauffällig, Pulmo: - soweit bei Abwehr beurteilbar - frei, auch beim Weinen kein Husten. Gewicht 16,5kg, ca. 90. Perzentile, Körperlänge 95 cm, ca. 50. Perzentile.

Status psychicus / Entwicklungsstand:

abwehrendes, sonst - soweit beurteilbar - altersentsprechendes Verhalten

Relevante vorgelegte Befunde:

2005-03-17 DR.HARALD A., FA FÜR KINDER- UND JUGENDHEILKUNDE, X
Karteiausdruck mit Diagnosen und verordneten Medikamenten

Diagnose(n): rezidivierend obstruktive Bronchitis

Richtsatzposition: 283 Gdb: 010% ICD: J41.-

Rahmensatzbegründung:

MRS, da teilweise Inhalationsbehandlung erforderlich

Gesamtgrad der Behinderung: **10 vH** voraussichtlich mehr als 3 Jahre anhaltend.

Der(Die) Untersuchte ist voraussichtlich n i c h t dauernd außerstande, sich selbst den Unterhalt zu verschaffen.

erstellt am 2005-05-28 von Z.L.
 Facharzt für Kinderheilkunde
 zugestimmt am 2005-05-31
 Leitender Arzt: S-G.G.

Das Finanzamt wies am 8. Juni 2005 den Antrag des Bw. vom 16. März 2005 auf Gewährung der erhöhten Familienbeihilfe für

- Bk ab März 2000 und für
- Bn ab Jänner 2003

unter Verweis auf § 8 Abs. 5 FLAG mit der Begründung ab, dass bei beiden Kindern der Grad der Behinderung nur jeweils 10 % betrage.

Der Bw. erhob gegen den Abweisungsbescheid des Finanzamtes vom 8. Juni 2005 fristgerecht Berufung und führte darin aus, dass seine Kinder seit 10 Jahren schwer krank seien. Er schicke sie jedes Jahr zwei Monate ins Ausland wegen Luftwechsel, weil sie mit der schweren Luft im Winter nicht zurecht kommen.

Das Finanzamt ersuchte auf Grund der eingebrachten Berufung das Bundessozialamt um Erstellung weiterer Gutachten für die beiden Kinder.

Bk und Bn wurden am 1. August 2005 bzw. am 21. September 2005 untersucht und dabei folgende fachärztliche Sachverständigengutachten erstellt:

Sachverständigengutachten für Bk:

Untersuchung am: 2005-08-01 13:30 Im Bundessozialamt Niederösterreich

Anamnese:

Das Berufungsschreiben des Vaters weist auf den langjährigen Schweregrad der Lungenerkrankung hin, weiters wird der jährliche Urlaub mit Klimawechsel als notwendig für die Genesung des Kindes festgehalten. Seit Säuglingsalter bestehen rez. obstr. Bronchitiden. Das Kind stand regelmäßig in kinderärztlicher Kontrolle. F. besucht die Hauptschule (1.Klasse), soll heuer in die 2. Klasse kommen.

Die Betreuung erfolgt derzeit über den Kinderfacharzt (Dr. A.). Während der Frühjahr und Sommermonate ist die Erkrankung kaum manifest. Die obstruktiven Veränderungen treten hauptsächlich Infekt-assoziiert auf. Die Dokumentation von Dr. A. belegt regelmäßige Therapien in den Herbst/Wintermonaten. Eine Allergieabklärung ist bisher nicht erfolgt.

Behandlung/Therapie (Medikamente, Therapien - Frequenz):

Sultanol DA, Pulmicort Lösung, Bricanyl DA

Untersuchungsbefund:

AZ gut, EZ leicht adipös, Pulmo frei, keine Einziehungen, Rachen bland, Haut gut gebräunt, Neurologie grob oB, Gangbild oB, Abdomen über Niveau, keine Dolenz.

Status psychicus / Entwicklungsstand:

besucht die 1. Klasse Hauptschule, teils schlechte Noten, gut affizierbar,

Relevante vorgelegte Befunde:

2005-04-21 DR. A. KINDERFACHARZT

laufende Dokumentation der Ordinationsbesuche in den letzten Jahren, wobei im Herbst/Winter eine inhalative Therapie aufgeschrieben ist. Rez. obstr. Bronchitiden (Sultanol, Pulmicort, Inhalation)

Diagnose(n): Asthma Bronchiale

Richtsatzposition: 286 Gdb: 030% ICD: J45.1

Rahmensatzbegründung:

Unterer Rahmensatz bei saisonalen (Herbst/Winter) assoziierten langjährig anhaltendem Asthma bronchiale mit Dauerinhal. Bedarf saisonal ohne trophischen Störungen.

Gesamtgrad der Behinderung: **30 vH** voraussichtlich mehr als 3 Jahre anhaltend.

Der(Die) Untersuchte ist voraussichtlich n i c h t dauernd außerstande, sich selbst den Unterhalt zu verschaffen.

erstellt am 2005-09-26 von S.Z.

Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde

zugestimmt am 2005-09-30

Leitender Arzt: S-G.G.

Sachverständigengutachten für Bn:

Untersuchung am: 2005-09-21 14:15 Im Bundessozialamt Niederösterreich

Anamnese:

Es besteht eine chronische Bronchitis seit dem 1.Lebensjahr, die vorgeschriebene Feuchtinhalationstherapie war bisher wegen Widerstand des Kindes kaum möglich, sodass auf Inhalation mit Babyhaler gewechselt wurde. An dem mitgebrachten Ordinationsauszug des Kinderarztes bestand eine Konsultation wegen obstruktiver Bronchitis 2003:4x,2004:4x,2005:bisher 1x,zuletzt Jänner 2005.Laut Vater bestanden die weiteren Kontrollen beim Lungenarzt. Allergien keine bekannt.

Behandlung/Therapie (Medikamente, Therapien - Frequenz):

Sultanol DA 3x1,Flixotide DA 2x1;Zaditen ab und zu; NaCl und Pulmicortinhalation versuchsweise.

Untersuchungsbefund:

3 jähriges Mädchen in gutem AZ und EZ,HNO bland,Cor o.b.,Pulmo: VA; keine RGs, normales Atemmuster und Atemfrequenz; Abdomen: weich ,o.b. Haut bland.

Status psychicus / Entwicklungsstand: altersentsprechend o.b.

Relevante vorgelegte Befunde:

2005-01-28 DR. A. ROBERT(KINDERARZT):

Ordinationsauszug, siehe unter Anamnese.

Diagnose(n):

Rezidivierende obstrukt.Bronchitis

Richtsatzposition: 284 Gdb: 030% ICD: J41.-

Rahmensatzbegründung:

Wahl dieser Pos., da Dauertherapie erforderlich; u RS, da guter pulmonaler Zustand und Infektexacerbationen in altersentsprechender Häufigkeit.

Gesamtgrad der Behinderung: **30 vH** voraussichtlich mehr als 3 Jahre anhaltend.

Der(Die) Untersuchte ist voraussichtlich n i c h t dauernd außerstande, sich selbst den Unterhalt zu verschaffen.

erstellt am 2005-09-28 von R.S.

Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde

zugestimmt am 2005-09-30

Leitender Arzt: S-G.G.

Das Finanzamt erließ am 6. Oktober 2005 eine Berufungsvorentscheidung und wies die Berufung mit der Begründung ab, dass bei beiden Kindern laut Bescheinigung des Bundesamtes für Soziales und Behindertenwesen nur eine 30%ige Behinderung vorliege.

Die vom Bw. gegen die Berufungsvorentscheidung fristgerecht eingebrachte "Berufung" wurde vom Finanzamt als Vorlageantrag an die Abgabenbehörde zweiter Instanz gewertet.

Das Finanzamt ersuchte daraufhin das Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen um Erstellung weiterer Gutachten für die beiden Kinder.

Die Kinder wurden am 25. November 2005, nunmehr zum dritten Mal, untersucht und folgende Gutachten erstellt:

Sachverständigengutachten für Bk:

Untersuchung am: 2005-11-25 10:00 Im Bundessozialamt Niederösterreich

Anamnese:

Schwangerschaft, Geburt und frühkindliche Entwicklung waren ungestört. Seit dem Alter von 9 Monaten leide er vor allem in der Herbst- und Winterperiode an häufigen obstruktiven Bronchitiden und infektassoziierten Asthmaanfällen, in den letzten Jahren auch unter Belastungsdyspnoe, sodass er nicht mehr mitturne und bei Bedarf Combivent inhalieren muss. Er habe laufend Husten und Schnupfen und sei mehrmals stationär im Krkh St. Pölten gewesen wegen Asthmaanfällen und wegen des seit 3 Monaten geschwollenen linken Knies. Es liegen aber keine schriftlichen Befunde darüber vor. Der jährliche Urlaub in der Türkei sei für die Genesung des Kindes notwendig. F. steht in Betreuung durch Dr. A. (Kinderfacharzt). Eine Allergieabklärung ist bisher nicht erfolgt. Die Dokumentation von Dr. A. belegt regelmäßige Therapien in den Herbst- und Wintermonaten. Familienanamnese: auch die jüngere Schwester leidet an Asthma bronchiale. Sozialanamnese: unauffällig. F. besucht die 2.Kl Hauptschule mit mittelmäßigem Erfolg.

Behandlung/Therapie (Medikamente, Therapien - Frequenz):

Dauertherapie: Seretide 2xtgl. Bedarfsmedikation: Combivent bzw Sultanol

Dosieraerosol oder Sultanol und Pulmicort mit Inhalationsgerät bei Infektazerbation als vernebelte Lösungen 2xtgl. Klimawechsel in den Ferien. Derzeit Turnbefreiung und 1 1/2 ML Proxen-Saft tgl. wegen der Schwellung des linken Knies. Die nächste Kontrolle ist am 2006-01-12 im Krkh St.Pölten geplant.

Untersuchungsbefund:

Gewicht 40 kg (70. Perzentile) bei einer Größe von 140cm (25.Perzentile), also adipös, guter AZ, Pulmo: beids. völlig frei, auch bei forcierter Atmung kein Husten auslösbar und keine Spastizität, die Lungenbasen sind gut verschieblich und die Expiration ist nicht verlängert. Haut und Schleimhäute sind gut durchblutet, nicht cyanotisch, keine Dyspnoe, Puls 68, die Herztöne rein und rhythmisch. Das linke Kniegelenk ist endlagig schmerzhaft aber nicht bewegungseingeschränkt. Es besteht ein Kniegelenkserguss ohne Rötung oder Überwärmung. Der Gang ist völlig unauffällig, F. klettert ohne Problem auf die Liege und springt wieder herunter ohne Schmerzen anzugeben. Der übrige Status ist unauffällig: insbesondere ist die Nasenatmung frei ohne Sekretansammlung, der Rachen bland, die Tonsillen nicht hypertroph, die Zähne in Ordnung, keine Lymphknotenvergrößerungen sind tastbar, Hepar und Lien sind am Rippenbogen tastbar, das Abdomen über Thoraxniveau weich, nicht druckschmerzhaft, normale Persistaltik, keine Fehlstellungen oder Bewegungseinschränkungen an den Extremitäten oder der Wirbelsäule, neurologisch keine Auffälligkeiten, das Sensorium ist frei. Status psychicus / Entwicklungsstand: freundlich kooperativer, gut affizierbarer Knabe ohne Verhaltensauffälligkeiten. Besucht gerne die 2. Klasse Hauptschule.

Relevante vorgelegte Befunde:

2005-04-21 DR A. (KINDERFACHARZT)

in den letzten Jahren - im Herbst und Winter rez. obstruktive Bronchitiden bzw infektassoziierte Asthmaepisoden diagnostiziert wurden. TH Inhalation mit Sultanol, Pulmicort, bzw Bricanyl, Combivent b.B + Seretide 2xtgl.Dauer Diagnose(n):

Mäßiggradiges Asthma bronchiale seit Jahren

Richtsatzposition: 286 Gdb: 030% ICD: J45.1

Rahmensatzbegründung:

URS da mit 1 Dauermedikament und Akutmedikation bei

Belastungsdyspnoe bzw Infekt das Kind im Intervall geringe Beschwerden zeigt. Berücksichtigt ist die saisonale Häufung von Infekten, kein

Gesamtgrad der Behinderung: **30 vH** voraussichtlich mehr als 3 Jahre anhaltend.

Seit dem VGA keine Änderung des klinischen pulmonalen Zustandes und es liegen keine neuen Befunde vor.

Der(Die) Untersuchte ist voraussichtlich n i c h t dauernd außerstande, sich selbst den Unterhalt zu verschaffen.

erstellt am 2005-11-27 von H.E.

Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde

zugestimmt am 2005-11-28

Leitender Arzt: S-G.G.

Sachverständigengutachten Bn:

Untersuchung am: 2005-11-25 09:30 Im Bundessozialamt Niederösterreich

Anamnese:

Schwangerschaft, Geburt und frühkindliche Entwicklung waren unauffällig. Seit dem 1. Lebensjahr kommt es häufig v.a. in den Herbst- und Wintermonaten zu infektassoziierten obstruktiven Bronchitiden, sodass auf Grund der jahrelang auftretenden Rezidive ein Asthma bronchiale

diagnostiziert wurde. Eine Allergieaustestung wurde noch nicht durchgeführt. Die Betreuung erfolgte durch Dr. A. (Kinderarzt in St. Pölten) 2003: 4x, 2004: 4x, 2005 1x im Jänner dokumentiert. Danach sei das Kind vom Lungenfacharzt betreut worden - darüber liegen aber keine Befunde vor. Klimawechsel in den Ferien sei für die Genesung des Kindes notwendig. BN habe schon sehr viele Antibiotika bekommen und könne nicht ins Freie gehen, weil sie dann öfters krank sei. Sie leide ständig unter Schnupfen und Husten und habe oft Fieber, beim Laufen Belastungsdyspnoe. Familienanamnese: der ältere Bruder hat auch Asthma bronchiale. Sozialanamnese: die finanzielle Situation sei durch den Medikamentenverbrauch der beiden Kinder und den notwendigen jährlichen Klimawechsel angespannt. Behandlung/Therapie (Medikamente, Therapien - Frequenz):

Dauertherapie: Inhalation mit Babyhaler Sultanol DA 3x1 Hub + Flixotide DA 2x1 Hub tgl., versuchsweise auch mit Inhalationsgerät Verneblung von NaCl- und Pulmicort-Lösung, Singulair Tbl 1; Zaditen und Vibrocil-Nasentropfen bei Bedarf, Antibiotika und Mexalen bei Bedarf; Klimawechsel in den Ferien.

Untersuchungsbefund:

3 1/2 jähriges Mädchen in gutem AZ und EZ. Gewicht: 16kg und 102 cm Größe liegen beide an der 70. Perzentile. Schwarze Zahnbeläge. Der übrige Status ist unauffällig, insbesondere sind Cor und Pulmo auskultatorisch und perkutorisch normwertig, es besteht derzeit keine Obstruktion, keine Cyanose oder Verlängerung des Exspir., kein Husten, kein Nasensekret. Die Nasenatmung ist frei, der Rachen bland, Haut und Schleimhäute sind gut durchblutet, keine Tonsillenhypertrophie, keine Lymphknotenvergrößerungen. Hepar und Lien sind am Rippenbogen tastbar, das Abdomen ist weich und ohne Druckschmerzhaftigkeit oder pathologische Resistenz, es bestehen keine Fehlstellungen oder Bewegungseinschränkungen an den Extremitäten oder der Wirbelsäule, das Sensorium erscheint frei. Status psychicus / Entwicklungsstand: normal entwickeltes Kleinkind ohne Verhaltensauffälligkeiten. Sie ist kooperativ, zeigt normales Spielverhalten und normale Aktivität, gut sozial angepasst, wächst zweisprachig auf und versteht meine Aufforderungen.

Relevante vorgelegte Befunde:

2005-01-28 DR A. (KINDERFACHARZT IN X)

Karteiausdruck: Dg : rezidivierende Bronchitis obstruktiva 2003: 4x, 2004: 4x, 2005 Jänner 1x; TH: Inhalation von NaCl- und Pulmicort-Lösung; mit Babyhaler Sultanol- und Flixotide-Dosieraerosole.

Diagnose(n): langjähriges mäßiggradiges Asthma bronchiale

Richtsatzposition: 286 Gdb: 030% ICD: J45.-

Rahmensatzbegründung:

URS da unter zumutbarer Dauertherapie im Intervall guter klinischer pulmonaler Zustand.

Berücksichtigt wurde die Häufigkeit der Infektazerbationen; keine Allergieabklärung,

Gesamtgrad der Behinderung: **30 vH** voraussichtlich mehr als 3 Jahre anhaltend.

Es ist seit dem VGA keine Änderung des klinisch pulmonalen Zustandes eingetreten und es wurden keine neuen Befunde vorgelegt

Der(Die) Untersuchte ist voraussichtlich **n i c h t** dauernd außerstande, sich selbst den Unterhalt zu verschaffen.

erstellt am 2005-11-27 von H.E.

Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde

zugestimmt am 2005-11-28

Leitender Arzt: S-G.G.

Über die Berufung wurde erwogen:

Gemäß § 8 Abs 4 FLAG erhöht sich die Familienbeihilfe für jedes erheblich behinderte Kind.

Als erheblich behindert gilt ein Kind gemäß § 8 Abs 5 FLAG, bei dem eine nicht nur vorübergehende Funktionsbeeinträchtigung im körperlichen, geistigen oder psychischen Bereich oder in der Sinneswahrnehmung besteht. Als nicht nur vorübergehend gilt ein Zeitraum von voraussichtlich mehr als drei Jahren.

Der Grad der Behinderung muss mindestens 50 v.H. betragen, soweit es sich nicht um ein Kind handelt, das voraussichtlich dauernd außerstande ist, sich selbst den Unterhalt zu

verschaffen. Für die Einschätzung des Grades der Behinderung sind die Vorschriften der §§ 7 und 9 Abs 1 des Kriegsoferversorgungsgesetzes 1957, BGBl. Nr. 152 in der jeweils geltenden Fassung und die diesbezügliche Verordnung des Bundesministeriums für soziale Verwaltung vom 9.6.1965, BGBl. Nr. 150 in der jeweils geltenden Fassung, anzuwenden. Die erhebliche Behinderung ist spätestens nach fünf Jahren neu festzustellen, soweit nicht Art und Umfang eine Änderung ausschließen.

Gemäß § 8 Abs. 6 FLAG in der Fassung BGBl I Nr. 105/2002 ist der Grad der Behinderung oder die voraussichtlich dauernde Unfähigkeit, sich selbst den Unterhalt zu verschaffen, durch eine Bescheinigung des Bundesamtes für Soziales und Behindertenwesen auf Grund eines ärztlichen Sachverständigengutachtens nachzuweisen.

Die Feststellung des Behindertengrades eines Kindes, für das erhöhte Familienbeihilfe nach § 8 Abs 4 FLAG beantragt wurde, hat nach den Bestimmungen des § 8 Abs 6 FLAG auf dem Wege der Würdigung ärztlicher Sachverständigengutachten zu erfolgen (ohne dass den Bekundungen des anspruchswerbenden Elternteiles dabei entscheidende Bedeutsamkeit zukommt).

Die Abgabenbehörde hat unter sorgfältiger Berücksichtigung der Ergebnisse des Abgabenverfahrens nach freier Überzeugung zu beurteilen, ob eine Tatsache als erwiesen anzunehmen ist oder nicht (§ 167 Abs 2 BAO).

Nach der ständigen Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes (vgl. für viele VwGH 9.9.2004, 99/15/0250) ist von mehreren Möglichkeiten jene als erwiesen anzunehmen, die gegenüber allen anderen Möglichkeiten eine überragende Wahrscheinlichkeit für sich hat und alle anderen Möglichkeiten ausschließt oder zumindest weniger wahrscheinlich erscheinen lässt.

Im vorliegenden Fall wurden die Kinder Bk und Bn drei Mal, jeweils von verschiedenen Ärzten (Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde) untersucht.

Folgende Gutachten liegen vor:

Name des Kindes	Untersuchung am	Richtsatzposition	Grad der Behinderung
Bk	12. Mai 2005	283	10 v.H.
	1. August 2005	286	30 v.H.
	25. November 2005	286	30 v.H.
Bn	12. Mai 2005	283	10 v.H.
	21. September 2005	284	30 v.H.
	25. November 2005	286	30 v.H.

Gemäß § 8 Abs. 5 FLAG hat die Feststellung des Grades der Behinderung zwingend auf Grund der Verordnung des Bundesministeriums für soziale Verwaltung vom 9. Juni 1965, BGBl 150/1965 zu erfolgen, die unter Abschnitt III "Innere Krankheiten", a) Bronchien und Lunge (unspezifische Erkrankungen und Verletzungen), chronische Bronchitis, wie folgt lautet:

	Art der Erkrankung	Grad der Behinderung in Hundertsätzen
	C h r o n i s c h e B r o n c h i t i s :	
283.	Leichte chronische Bronchitis ohne cardiopulmonale Funktionsstörung	0 – 20
284.	Mittelschwere bis schwere chronische, auch spastische Bronchitis mit beträchtlicher, zeitweise eitriger Expektorat	30 – 50
	A s t h m a b r o n c h i a l e :	
285.	Leichte Fälle ohne wesentliche Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens	0 – 20
286.	Schwerere Fälle ohne dauernde Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens mit eventueller geringgradiger cardiopulmonaler Funktionsstörung	30 - 40

Es wurde somit nach dreimaliger Untersuchung der beiden Kinder bei der Erstuntersuchung jeweils ein Grad der Behinderung von 10 v.H., bei den Folgeuntersuchungen von 30 v.H. festgestellt. Der Unterschied liegt in der Wahl der Richtsatzposition (283 bzw. 286). Umstände, die eine Subsumierung unter eine andere Richtsatzposition als die beiden genannten hätten erforderlich machen müssen, liegen offenkundig nicht vor, weshalb zumindest die beiden Folgegutachten als schlüssig anzusehen sind.

Da somit der Grad der Behinderung jedenfalls unter 50 v.H. liegt, war die Berufung abzuweisen.

Ergänzend wird darauf hingewiesen, dass bei einer Behinderung des Kindes von mindestens 25 % unter den in der Verordnung des Bundesministers für Finanzen über außergewöhnliche Belastungen, BGBl 1996/303, angeführten Voraussetzungen die Möglichkeit besteht, die tatsächlichen für das Kind geleisteten Mehraufwendungen im Rahmen der Arbeitnehmer- bzw. Einkommensteuerveranlagung als außergewöhnliche Belastung ohne Abzug eines Selbstbehaltes zu berücksichtigen.

Wien, am 23. Juni 2006