

## Berufungsentscheidung

Der Unabhängige Finanzsenat hat über die Berufung der Bw., 1190 Wien, A-Straße 72-20, vertreten durch Mag. Michael Löhner, 8010 Graz, Pluedemanngasse 77, vom 28. Oktober 2010 gegen den Bescheid des Finanzamtes Wien 9/18/19 Klosterneuburg, vertreten durch Ing. Mag. (F.H.) Martin König, vom 20. Oktober 2010 betreffend Einkommensteuer für das Jahr 2008 entschieden:

Der Berufung wird Folge gegeben.

Der angefochtene Bescheid wird abgeändert.

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

### Entscheidungsgründe

Strittig ist, ob die mit der Erklärung zur Arbeitnehmerveranlagung 2008 als Krankheitskosten umschriebenen Kosten für den Aufenthalt in einer deutschen Klinik in Höhe von € 17.670,41 eine außergewöhnliche Belastung im Sinn des § 34 EStG 1988 sind.

Über Ersuchen des Finanzamts vom 29. Mai 2009 um Beibringung einer genauen Aufstellung der Krankheitskosten, Nachweisen über Ersätze der Krankenkasse, bei Zahnarztkosten (Implantat) einer Bestätigung vom Arzt bzw. einen Nachweis der Zwangsläufigkeit, d.h. eine Begründung vom Arzt, dass diese beantragten Kosten für Implantate aus triftigen, medizinischen Gründen notwendig gewesen seien, überreichte Mag. Michael Löhner als steuerlicher Vertreter der Bw. mit dem Begleitschreiben vom 10. Juni 2009 die Rechnungen der Oberberg-Klinik samt Zahlungsbestätigungen und fügte ergänzend hinzu: Nach Auskunft der Bw. habe die Krankenkasse keine Kostenersätze geleistet.

Mit dem Schreiben des Finanzamts vom 23. Juni 2009 wurde die Bw. ersucht, die ärztliche Begründung bzw. Notwendigkeit des Klinikaufenthalts in Deutschland nachzureichen sowie eine schriftliche Bestätigung der Krankenkasse vorzulegen, aus der hervorgehe, dass a) keine Kostenübernahme der Krankenhauskosten erfolgt sei, oder b) keine Zuschüsse geleistet worden seien oder c) keine Zuschüsse zustehen würden, auch wenn diese beantragt worden seien.

Mit Schreiben vom 10. August 2009 vermerkte der steuerliche Vertreter, dass aus Datenschutzgründen eine ärztliche Begründung nicht vorgelegt werden könne, stellte die Frage „Wie sollte der Referent der Arbeitnehmerveranlagung die Diagnose eines Fachmannes auf die Möglichkeit einer außergewöhnlichen Belastung des Patienten überprüfen?“, stellte die Rechtlage dar, zitierte aus dem Erkenntnis des Verwaltungsgerichtshofs vom 21.

September 1956, 0349/56, und fügte hinzu, dass unter einer Krankheit eine gesundheitliche Beeinträchtigung zu verstehen sei, die eine Heilbehandlung bzw. Heilbehandlung erfordere. Aufgrund der Diagnose von Prim. Dr. A. B., 0000 Wien, und Dr. C. D, 0000 Wien, sei die Notwendigkeit eines Klinikaufenthaltes dringend erforderlich gewesen. Aufgrund der Tatsache, dass es sich dabei um ein sehr schweres Krankheitsbild gehandelt habe und eine effiziente Behandlung in Österreich nicht gegeben gewesen sei, sei nur der Klinikaufenthalt in Deutschland möglich gewesen.

Es könne versichert werden, dass es sich dabei weder um eine Vorbeugung von Krankheiten, noch um eine Verjüngungskur oder um eine Schönheitsoperation gehandelt habe. Liege in dem Sinn eine Krankheit vor, so seien die Arzt- und Krankenhaushonorare, Aufwendungen für Medikamente und Heilbehandlungen etc., soweit sie der Pflichtige selbst zu tragen habe, abzugängig.

Nachdem es bedingt durch die Höhe der Kosten doch im Interesse des Pflichtigen liege, ob und wie viel er von der österreichischen Sozialversicherung an Kostenersatz bekäme, sei dort persönlich eine diesbezügliche Anfrage mit dem Ergebnis gestellt worden, dass man Zuschüsse für solcherart von Krankheiten abgelehnt habe. Aufgrund der Höhe der Kosten und der Tatsache, dass es sich um eine Klinik in Deutschland handle, sei das Ergebnis vorhersehbar gewesen.

Außerdem sei es nicht im Sinn einer Sozialversicherung, Bestätigungen über das Nacherbringen von Leistungen auszustellen. Damit wäre dieser Apparat doch einigermaßen heillos überfordert.

Bezüglich des Schreibens vom 10. August 2009 wies das Finanzamt in seinem Vorhalt vom 13. August 2009 darauf hin, dass seitens des Finanzamts nie die Diagnose, sondern lediglich eine Bestätigung des Arztes über die medizinische Notwendigkeit eines Klinikaufenthaltes verlangt worden sei, und ersuchte die Bw. daher neuerlich um Vorlage einer schriftlichen

Bestätigung des Arztes betreffend den Klinikaufenthalt und einer schriftlichen Bestätigung der Krankenversicherung über etwaige Kostenersätze.

In weiterer Folge erließ das Finanzamt den Einkommensteuerbescheid 2008 mit der Begründung, dass die Bw. trotz Aufforderung die noch benötigten Unterlagen nicht beigebracht habe, weshalb die geltend gemachten Aufwendung nur insoweit berücksichtigt werden hätten können, als die Beweismittel vorgelegen seien.

Mit der Berufung gegen den Einkommensteuerbescheid 2008, der ein Schriftstück des behandelnden Arztes und eine Ablehnung der örtlichen GKK um Kostenersatz beigelegt waren, beantragte der steuerliche Vertreter eine Korrektur des angefochtenen Bescheides unter Einbeziehung der außerordentlichen Belastung unter Berücksichtigung der vorgelegten Belege und Nachweise nach Darstellung des bisherigen Verfahrensablaufes im Wesentlichen mit der Begründung, dass in den Lohnsteuerrichtlinien nirgendwo eine Bestätigung eines Arztes gefordert werde, damit Krankheitskosten als außergewöhnliche Belastung anerkannt würden. Auf das Schreiben vom 17. August 2009 hin habe die Bw. ihren Arzt um eine Bestätigung ersucht. Um bei der örtlichen GKK eine derartige Bestätigung zu bekommen, sei es notwendig, den gesamten Krankheitsakt vorzulegen und um Kostenersatz anzusuchen. Wenn nicht der gesamte Krankheitsakt vorgelegt werde, könne die örtliche GKK keine Entscheidung über eine eventuelle Leistung eines Kostenersatzes treffen. Dieser Vorgang habe Zeit benötigt.

#### ***Über die Berufung wurde erwogen:***

Gemäß § 34 Abs. 1 EStG 1988 sind bei der Ermittlung des Einkommens (§ 2 Abs. 2) eines unbeschränkt Steuerpflichtigen außergewöhnliche Belastungen nach Abzug der Sonderausgaben (§ 18) 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.

Gemäß § 34 Abs. 2 leg. cit. ist die Belastung außergewöhnlich, soweit sie höher ist als jene, die der Mehrzahl der Steuerpflichtigen gleicher Einkommensverhältnisse, gleicher Vermögensverhältnisse erwächst.

Gemäß § 34 Abs. 3 leg. cit. erwächst die Belastung dem Steuerpflichtigen zwangsläufig, wenn er sich ihr aus tatsächlichen, rechtlichen oder sittlichen Gründen nicht entziehen kann.

Unter Krankheit ist die Störung der Funktion eines Organs, der Psyche oder des gesamten Organismus zu verstehen.

Der Begriff Klinik ist ein Synonym für Krankenhaus, auch Klinikum. Laut der Homepage der privaten Oberberg-Kliniken <http://www.oberbergkliniken.de> sind die Oberberg-Akutkliniken

*„Ansprechpartner für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen, Depression, Angst und Burn-out. In den internistischen Abteilungen werden zeitgleich die somatischen Leiden behandelt. Im Mittelpunkt des Oberbergmodells steht die achtsame Wahrnehmung des emotionalen Profils der Patienten. Dies ist die Grundlage für einen intensiven, individuellen und innovativen Therapieprozess und ermöglicht eine nachhaltige Gesundung. Das Oberberg City-Konzept, die Oberberggruppen und die Korrespondenztherapeuten bilden ein umfangreiches Netzwerk für die prä- und poststationäre Behandlung. Die drei Kliniken verfügen über je 60 Einzelzimmer und einen hohen Ausstattungsstandard. Eine Aufnahme ist zu jeder Tages- und Nachtzeit möglich.“* Was die Beihilfen und Kostenträger der Oberbergkliniken betrifft, sind diese der Homepage zufolge Akutkliniken nach § 107 Abs. 1 des deutschen Sozialgesetzbuches, 5. Buch. Der stationäre Aufenthalt wird von den privaten Krankenversicherungen und der Beihilfe finanziert, wenn eine begründete medizinische Notwendigkeit bzw. eine stationäre Einweisung durch den Facharzt vorliegt. Beispiele für die Notwendigkeit einer stationären Behandlung sind u. a. ausreichende Schwere der Erkrankung, keine Verbesserung trotz ambulanter Therapie, belastendes soziales Umfeld (Beruf, Partnerschaft), Chronifizierungstendenz bei Nichtbehandlung. Die Antragsformalitäten für die Kostenübernahmen durch die Private Krankenversicherung oder Beihilfe werden vom Facharzt durchgeführt. Wird der Aufenthalt aus eigenen Mitteln finanziert, so ist eine Vorauszahlung in Höhe von ... € für 10 Tage erforderlich.

Der krankheitsbedingte Aufenthalt der Bw. und der damit verbundenen Kosten wird durch die Bestätigung des Prim. Dr. B., Abteilung für Neurologische Geriatrie und Rehabilitation im Krankenhaus vom 22. September 2009 nachgewiesen:

*„Die Patientin steht bei mir seit zirka 2,5 Jahren in regelmäßiger fachärztlicher Behandlung. Aufgrund einer zugrunde liegenden schweren emotionalen instabilen Persönlichkeitsstörung (ICD 10 Code F60.31) und einer schweren Begleitdepression (ICD 10 F33.1), fanden bei der Patientin bereits mehrfach medikamentöse Therapieversuche statt. Zusätzlich war die Patientin auch bereits aufgrund einer Exazerbation (Anmerkung des Referenten: Verschlimmerung) ihres Zustandsbildes in mehrwöchiger stationärer Behandlung.*

*Unter medikamentöser Therapie sowie regelmäßiger und intensiver Psychotherapie konnte kurzfristig eine Stabilisierung des Zustandsbildes erzielt werden. Leider sind bei der Patientin wiederholte Rezidive und Rückfälle aufgetreten, die zu einer Erschöpfung der extramuralen Versorgungsstruktur geführt haben. Da es in Österreich keine vergleichbare Klinik mit entsprechendem therapeutischem insbesondere psychotherapeutischen- psychiatrischen Therapieangebot gibt, sah ich die dringende Notwendigkeit eines stationären Aufenthaltes für die Dauer von zumindest sechs Wochen an der Klinik Oberberg in Deutschland und die*

*realistische Chance, eine längerfristige Stabilisierung des Zustandsbildes zu ermöglichen, sowie weitere, erfolglose stationäre Aufenthalte hierorts wie bisher zu vermeiden.“*

Als Persönlichkeitsstörungen werden psychische Störungen bezeichnet, die verschiedene überdauernde Erlebens- und Verhaltensmuster mit Beginn in der Kindheit und Jugend beschreiben. Diese Verhaltensmuster weichen von einem flexiblen, situationsangemessenen Erleben und Verhalten in charakteristischer Weise ab. Sie sind durch relativ starre mentale Reaktionen und Verhaltensformen gekennzeichnet, vor allem in Situationen, die für die jeweilige Person konflikthaft sind. Die persönliche und soziale Funktions- und Leistungsfähigkeit ist meistens beeinträchtigt.

Persönlichkeitsstörungen werden nach charakteristischen Merkmalen unterteilt, wobei jedoch häufig Überschneidungen vorkommen. In der Psychiatrie und klinischen Psychologie wurden verschiedene Typologien oder Klassifikationssysteme entwickelt, wie ICD-10 und DSM-IV.

Nach ICD-10 gehören die Persönlichkeitsstörungen zum Symptomkomplex Psychische und Verhaltensstörungen.

ICD-10 F60.31 ist der Code für eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung: „Borderline-Typ“; „Schwere, beeinträchtigende Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens“.

Nach Hautzinger (Hg.) Davison u. Neale (2002): Klinische Psychologie. Weinheim, Belz PVU ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung (abgekürzt BPS) oder emotional instabile Persönlichkeitsstörung die Bezeichnung für eine Persönlichkeitsstörung, die durch Impulsivität und Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, Stimmung und Selbstbild gekennzeichnet ist. Bei einer solchen Störung sind bestimmte Bereiche von Gefühlen, des Denkens und des Handelns beeinträchtigt, was sich durch negatives und teilweise paradox wirkendes Verhalten in zwischenmenschlichen Beziehungen sowie im gestörten Verhältnis zu sich selbst äußert. Die BPS wird sehr häufig von weiteren Belastungen begleitet, darunter dissoziative Störungen, Depressionen sowie verschiedene Formen von selbstverletzendem Verhalten. Die Störung tritt häufig zusammen mit anderen Persönlichkeitsstörungen auf (hohe Komorbidität).

Als eine Komorbidität werden in der Medizin ein oder mehrere zusätzlich zu einer Grunderkrankung (Indexerkrankung) vorliegende, diagnostisch abgrenzbare Krankheits- oder Störungsbilder bezeichnet (Doppel- oder Mehrfachdiagnose). Komorbiditäten können, müssen aber nicht – im Sinne einer Folgeerkrankung – ursächlich mit der Grunderkrankung zusammenhängen. Eine besondere Schwierigkeit bei der Bestimmung von Komorbiditäten besteht in der Frage, welche zusätzlichen Befunde als Symptome gewertet und welcher beziehungsweise welchen Krankheiten diese gegebenenfalls zugeordnet werden. Vor allem im Bereich der psychischen Störungen nach DSM - IV kommen Mehrfachdiagnosen oft vor.

„ICD-10 F33.1“ ist der Code für eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode; eine Störung, die durch wiederholte depressive Episoden gekennzeichnet ist, wobei die gegenwärtige Episode mittelgradig ist, ohne Manie in der Anamnese.

Das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen) ist ein Klassifikationssystem der American Psychiatric Association (Amerikanische Psychiatrische Vereinigung), die diese das erste Mal 1952 in den USA herausgegeben hat. Seither gibt es auch Ausgaben in anderen Ländern. Seit 1996 beispielsweise gibt es die deutsche Publikation des DSM - IV. Der Inhalt des DSM wird von Experten festgelegt, um Diagnosen reproduzierbar zu gestalten. Die Klassifikation wurde erstellt, um die Diagnose und Heilung zu erleichtern, weswegen die Nomenklatur heute in Kliniken und Versicherungsgesellschaften gebräuchlich ist.

Da die Kosten für die stationäre Behandlung der Besserung oder dem Erträglichmachen der Krankheit, wenn nicht sogar zur Heilung der Bw. gedient hatte, waren die mit den Rechnungen vom 29. Mai 2008 und 11. Mai 2008 für die beiden Zeiträume von 16. April 2008 bis 11. Mai 2008 und 12. Mai 2008 bis 29. Mai 2008 in Rechnung gestellten Pflegesätze von € 249/Tag, was einen Rechnungsbetrag von € 7.407,75 für den ersten Zeitraum und eine Rechnungssumme von € 5.037,27 für den zweiten Zeitraum ergab, samt den Kosten für die ärztlichen, therapeutischen und diagnostischen Krankenhausleistungen (spezifiziert gemäß Gebührenordnung der Ärzte) von € 3.039,03 im ersten Zeitraum bzw. € 2.186,36 im zweiten Zeitraum als außergewöhnliche Belastung gemäß § 34 EStG 1988 anzuerkennen.

Diese abgabenrechtliche Würdigung findet Deckung in dem auf das Ansuchen um Kostenersatz der stationären Behandlung in Deutschland folgenden Antwortschreiben der niederösterreichischen GKK vom 2. Oktober 2009, wenn mit diesem der Bw. sinngemäß mitgeteilt wurde, dass ein Kostenersatz gemäß § 150 ASVG in Verbindung mit § 42 der Krankenordnung der NÖGKK nur dann geleistet werden könne, wenn die Anstaltpflege notwendig sei oder die Kasse der Anstaltpflege vorher zugestimmt habe; der Chefärztliche Dienst der Kasse habe auf Grund der vorliegenden medizinischen Unterlagen festgestellt, dass die oben erwähnten Kriterien nicht zutreffen würden, da eine gleichwertige Behandlung auch ambulant in Österreich möglich gewesen wäre, weshalb ein Kostenersatz nicht vorgenommen werden könne. Dieses Schreiben bestätigt zwar das Fehlen eines Kostenersatzanspruches nach dem ASVG, jedoch auch die Notwendigkeit einer Behandlung der Bw.. Entschloss sich die Bw. auf ärztliche Empfehlung hinauf, sich in einer Spezialklinik in einem EU-Mitgliedstaat behandeln zu lassen, so wäre die Nichtanerkennung dieser Krankenhauskosten als außergewöhnliche Belastung ein Verstoß gegen das im Europarecht gültige Diskriminierungsverbot.

Es war daher spruchgemäß zu entscheiden.

Beilage: 1 Berechnungsblatt

Wien, am 9. März 2010