



## Berufungsentscheidung

Der Unabhängige Finanzsenat hat über die Berufung des Berufungswerbers, vom 24. August 2007 gegen den Bescheid des Finanzamtes Vöcklabruck vom 9. August 2007 betreffend Einkommensteuer (Arbeitnehmerveranlagung) 2004, wie folgt entschieden:

Der Berufung wird Folge gegeben.

Der angefochtene Bescheid wird abgeändert.

### Entscheidungsgründe

In der elektronisch abgegebenen Erklärung zur Arbeitnehmerveranlagung 2004 machte der Berufungswerber € 4.744,44 an Krankheitskosten als außergewöhnliche Belastung geltend.

Mit dem von der Abgabenbehörde erster Instanz verfassten Ersuchen um Ergänzung vom 20. Juni 2007 wurde der Berufungswerber aufgefordert, die Rechnungen und Belege für die als außergewöhnliche Belastung beantragten Krankheitskosten sowie die dafür erhaltenen Ersätze vorzulegen.

Dieser Aufforderung folgend legte der Berufungswerber zwei Übersichten über die von ihm beantragten Krankheitskosten und eine Reihe von Belegen vor.

Die erste Übersicht stellt die vom Berufungswerber beantragten Aufwendungen in der gleichen Summe wie in der Abgabenerklärung dar:

*Auf Erklärung:  
Mann/Frau Training 29.7. - 1.8.04*

Seminar	350,00
---------	--------

	<i>Unterkunft Verpflegung</i>	156,00	
	<i>Kilometergeld 2 x 50 km</i>	35,60	
	<i>Taggeld</i>	<u>106,70</u>	<u>648,30</u>
<i>Vergangenheit klären 15.8. - 22.8.08</i>			
	<i>Seminar</i>	550,00	
	<i>Unterkunft</i>	378,00	
	<i>Kilometergeld 2 x 50 km</i>	35,60	
	<i>Taggeld</i>	<u>0,00</u>	<u>963,60</u>
<b>B</b>			<u>65,00,</u>
<i>Mann/Frau Training 2.9. - 5.9. 04</i>			
	<i>Seminar</i>	350,00	
	<i>Unterkunft Verpflegung</i>	162,00	
	<i>Kilometergeld 2 * 50 km</i>	<u>35,60</u>	<u>547,60</u>
<b>B</b>			<u>65,00</u>
<i>Kanalsein 2.10. - 10.10.04</i>			
	<i>Seminar</i>	750,00	
	<i>Kilometergeld 2 x 410 km</i>	<u>291,92</u>	<u>1.041,92</u>
<i>Mann/Frau Training 26.10-31.10.04</i>			
	<i>Seminar</i>	350,00	
	<i>Unterkunft</i>	280,00	
	<i>Kilometergeld</i>	<u>36,50</u>	<u>666,50</u>
<b>B</b>			<u>65,0</u>
<i>Loslassen 14.11. - 19.11.04</i>			
	<i>Seminar</i>	395,00	
	<i>Unterkunft</i>	250,00	
	<i>Kilometergeld</i>	<u>36,50</u>	<u>681,50</u>
			<u>4.744,42</u>

Die zweite Übersicht benennt sich selbst „korrigiert“:

<i>korrigiert</i>			
<i>Mann/Frau Training 29.7. - 1.8.04</i>			
	<i>Seminar</i>	350,00	
	<i>Unterkunft, Seminarraum</i>	82,00	
	<i>Kilometergeld 2 x 50 km</i>	35,60	
	<i>Taggeld</i>	<u>96,80</u>	<u>564,40</u>
<i>Vergangenheit kuren 15.8. - 22.8.08</i>			
	<i>Seminar</i>	550,00	
	<i>Unterkunft</i>	168,00	
	<i>Kilometergeld 2 x 50 km</i>	35,60	
	<i>Taggeld</i>	<u>204,60</u>	<u>958,20</u>
<i>Mann/Frau Training 2.9. - 5.9. 04</i>			
	<i>Seminar</i>	350,00	
	<i>Unterkunft, Seminarraum</i>	72,00	
	<i>Taggeld</i>	<u>94,60</u>	<u>552,20</u>
<i>Kanalsein 2.10. - 10.10.04</i>			
	<i>Seminar</i>	750,00	
	<i>Kilometergeld 2 x 410 km</i>	<u>291,92</u>	<u>1.041,92</u>
<i>Mann/Frau Training 26.10-31.10.04</i>			
	<i>Seminar</i>	350,00	
	<i>Unterkunft, Seminarraum</i>	120,00	
	<i>Taggeld</i>	<u>145,20</u>	<u>651,70</u>
	<i>Kilometergeld</i>	<u>36,50</u>	<u>325,00</u>
<b>B (Psychotherapeut)</b>			<u>5 x 65</u>
	<i>Kilometergeld</i>	<u>10 * 5 km</u>	<u>17,80</u>
<i>Loslassen 14.11. - 19.11.04</i>			
	<i>Seminar</i>	395,00	
	<i>Unterkunft, Seminarraum</i>	120,00	
	<i>Taggeld</i>	<u>145,20</u>	<u>725,18</u>
	<i>Kilometergeld</i>	<u>64,98</u>	<u>4.836,40</u>

Weiter beigelegt waren zwei Bestätigungen der Kulturwerkstatt A Seminarhaus vom 13. Mai 2005, dass der Berufungswerber für die Nutzung des Seminar- und Aufenthaltsraumes für Veranstaltungen von Herrn F.C.T. folgende Beiträge entrichtet habe:

29.07. - 01.08.2005	3 Tage	€ 10,00	€ 40,00
15.08. - 22.08.2004	7 Tage	€ 10,00	€ 70,00
02.09. - 05.09.2005	3 Tage	€ 10,00	€ 30,00
26.10. - 31.10.2005	5 Tage	€ 10,00	€ 50,00
14.11. - 19.11.2005	5 Tage	€ 10,00	<u>€ 50,00</u>
Summe:			€ 240,00
29.07. - 01.08.2004	3 Übernachtungen	€ 14,00	€ 42,00
15.08. - 22.08.2004	7 Übernachtungen	€ 14,00	€ 98,00
02.09. - 05.09.2005	3 Übernachtungen	€ 14,00	€ 42,00
26.10. - 31.10.2005	5 Übernachtungen	€ 14,00	€ 70,00
14.11. - 19.11.2005	5 Übernachtungen	€ 14,00	<u>€ 70,00</u>
Summe:			€ 322,00-

In der Honorarnote vom 16. März 2005 bestätigt der Psychotherapeut B\_, dass der Berufungswerber im Jahr 2004 und 2005 acht Einzelpsychotherapien und zwar am 5. August 2004, 13. September 2004, 29. September 2004, 2. November 2004, 30. November 2004, 10. Januar 2005, 14. Februar 2005 und 16. März 2005 besucht und dafür insgesamt bar € 520,00 bezahlt hat. Als Diagnose wird der ICD-Code F 34.1 (Dysthemische Störung: „*Die Dysthymie (fachspr.: Dysthymia) ist die chronische Form einer depressiven Verstimmung, die nicht alle diagnostischen Kriterien für das Vollbild der Depression erfüllt. Die Symptome müssen mindestens zwei Jahre lang anhalten. Ein Patient, der an Dysthymie leidet, kann zwischendurch zusätzlich noch depressive Episoden haben – in diesem Fall spricht man im englischen Sprachraum von einer „double depression“. Wechseln Perioden leicht getrübter (dysthymischer) Stimmung regelmäßig mit Perioden leicht euphorischer Stimmung, so liegt eine Zyklothymia vor, eine leichte Variante der bipolaren Störung.*“; Quelle:

<http://de.wikipedia.org>; siehe auch [http://www.psychosoziale-  
gesundheit.net/psychiatrie/dyshymie.html](http://www.psychosoziale-gesundheit.net/psychiatrie/dyshymie.html)) und als Behandlungsmethode systemische Familientherapie angegeben.

Die am 22. August 2004 ausgestellte Teilnahmebescheinigung des C bestätigt dem Berufungswerber im Zeitraum vom 15. bis 22. August 2004 für 64 Stunden zum Preis von € 550,00 am Seminar Persönlichkeitsentwicklung 1 teilgenommen zu haben. Als Themenschwerpunkte werden aktive und passive Entspannungstechniken, Methoden der Körper- und Atemarbeit, Kommunikationsübungen, systemische Familientherapie, Konfliktlösungsmodelle und Mentaltraining angegeben.

Die zweite von C am 19. November 2004 ausgestellte Teilnahmebescheinigung betrifft den Besuch des Seminars Persönlichkeitsentwicklung 3 durch den Berufungswerber im Zeitraum vom 14. bis 19. November 2004 in einem zeitlichen Ausmaß von 45 Stunden bei einer Kursgebühr von € 395,00. Die dort behandelten Themenschwerpunkte waren aktive und passive Entspannungstechniken, Methoden der Körper- und der Atemarbeit, das Finden eines

---

gesunden Tagesrhythmus, das Erarbeiten von kreativen Problemlösungen, individuelle Reflexion, das Festlegen von persönlichen Jahres- und Lebenszielen.

Am 8. November 2004 bescheinigte C dem Berufungswerber am Seminar Mann-Frau Training 2004 zu den Terminen 29. Juli bis 1. August 2004, 2. bis 5. September 2004 und 26. bis 31. Oktober 2004 im Ausmaß von 75 Stunden für eine Trainingsgebühr von € 1.050,00 teilgenommen zu haben. Dieses Training beinhaltete unter anderem systemische Familientherapie, Ritualarbeit, Beziehungsklärung, emotionale Körperarbeit, Massagen, Selbstreflexion, Kommunikationsmodelle zur Konfliktlösung, Yoga sowie aktive und passive Entspannungstechniken.

Die nächste Beilage des Berufungswerbers ist eine Liste der Teilnehmer am ersten oben genannten Seminar samt deren Adressen.

Eine Quittung über den Betrag von € 750,00 als Gegenleistung für den Besuch des Seminars für psychologische Klärungstechniken I im Zeitraum 2. bis 10. Oktober 2004 an Frau ED im Auftrag ist der letzte vom Berufungswerber vorgelegte Beleg.

Im Einkommensteuerbescheid 2004 datiert vom 9. August 2007 blieben die vom Berufungswerber beantragten Kosten der Krankheitsbehandlung als außergewöhnliche Belastung unberücksichtigt und wurde dies damit begründet, dass diese „*weder aus tatsächlichen, rechtlichen noch sittlichen Gründen zwangsläufig erwachsen und daher keine außergewöhnliche Belastung in Sinne des Einkommensteuergesetzes*“ seien.

Gegen diesen Bescheid richtet sich die Berufung vom 24. August 2007, in welcher der Berufungswerber beantragt die von im geltend gemachten Aufwendungen in Höhe von € 4.836,40 für Krankheitskosten als außergewöhnliche Belastung im Sinne des § 34 Abs. 3 EStG 1988 (Einkommensteuergesetz 1988, BGBl. Nr. 400/1988) anzuerkennen und allenfalls eine mündliche Verhandlung vor dem Unabhängigen Finanzsenat abzuhalten.

Dies begründete der Berufungswerber damit, dass er bereits im Jahr 2000 aufgrund physischer Beschwerden stationär im Landeskrankenhaus E in Behandlung gewesen sei. Bei den damaligen Untersuchungen sei für die aufgetretenen Symptome keine körperlichen Ursachen festgestellt, sondern eine Depression diagnostiziert worden. Als Therapie sei dem Berufungswerber eine Medikation mit Antidepressiva verordnet worden. Die körperlichen Symptome hätten sich zwar verbessert, aber von einem gesunden emotionalen Zustand sei er immer noch sehr weit entfernt gewesen. Bei einer neuerlichen Untersuchung im Herbst 2003 sei ihm geraten worden psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, was er dann im Jahr 2004 mit den als Krankheitskosten beantragten Seminaren auch getan habe. Sein

---

psychischer und physischer Zustand habe sich durch diese Maßnahmen entscheidend verbessert und ihm neue Lebensqualität zurückgegeben.

Mit der Berufungsvorentscheidung datiert vom 4. September 2007 wurde das Berufungsbegehren abgewiesen, obwohl der Spruch auf Abänderung des ursprünglichen Bescheides lautet. Das Einkommen (€ 21.711,85), die Einkommensteuer (€ 4.463,56) und festgesetzte Einkommensteuer (Gutschrift von € -114,20) wurden jedoch gleich wie im Erstbescheid festgesetzt.

Dieses Vorgehen wurde damit begründet, dass Aufwendungen für außergewöhnliche Belastungen, von denen ein Selbstbehalt abzuziehen sei, nicht berücksichtigt werden hätten können, da diese den Selbstbehalt in Höhe von € 2.549,56 nicht übersteigen hätten. Von den beantragten Kosten könnten nur die Aufwendungen für die psychotherapeutischen Einzelsitzungen bei B\_ als Krankheitskosten im Sinne des § 34 EStG 1988 anerkannt werden. Die besuchten Seminare wurden in erster Linie der Persönlichkeitsentwicklung und dem Stressmanagement dienen. Ausgaben für alternative Heilmethoden und Behandlungsleistungen durch nichtärztliches Personal würden nur dann eine außergewöhnliche Belastung sein, wenn ihre durch Krankheit bedingte Zwangsläufigkeit und Notwendigkeit durch ärztliche Verordnung nachgewiesen oder die Kosten zumindest teilweise von der Sozialversicherung ersetzt würden.

Im Schreiben vom 1. Oktober 2007 (eingelangt am 2. Oktober 2007) ersuchte der Berufungswerber um Verlängerung der Rechtsmittelfrist bis zum 31. Oktober 2007, da aufgrund eines Krankenhausaufenthaltes nicht in der Lage gewesen sei, die für das neuerliche Rechtsmittel erforderlichen Unterlagen zusammenzustellen.

Der vom 29. Oktober 2007 datierte und am 30. Oktober 2007 als „*Berufung*“ bezeichnete Antrag auf Vorlage der Berufung an die Abgabenbehörde zweiter Instanz hält das Berufungsbegehren aufrecht und führt der Berufungswerber weiter aus, dass ihm die Notwendigkeit einer ärztlichen Verordnung für den Besuch der oben beschriebenen Seminare nicht bekannt gewesen sei und er damit gerechnet habe, dass von der Sozialversicherung solche Maßnahmen nicht ersetzt würden. Deshalb habe er auch keine Schritte gesetzt, um die Finanzamt aufgestellten formellen Anforderungen zu erfüllen. Vor dem Besuch dieser Seminare habe er lediglich mit seinem Psychotherapeuten, Herrn B\_, gesprochen, ob er diese Veranstaltungen für die Besserung seines Zustandes als sinnvoll erachte. Dies habe er sich aber zu diesem Zeitpunkt nicht schriftlich geben lassen. Erst nach der Abweisung seiner Berufung habe er Herrn B\_ ersucht, ihm eine derartige Empfehlung schriftlich zu geben.

Dem Vorlageantrag war eine Bestätigung des B\_ MSc beigelegt, dass es für den Berufungswerber aus psychotherapeutischer Sicht sinnvoll und hilfreich sei, Seminare zum Thema Selbstwert, Persönlichkeitsentwicklung und Stressmanagement zu besuchen. Die psychische und medizinische Gesamtsituation des Berufungswerbers ergebe eine deutliche Indikation für derartige Unterstützung.

Der Abgabenbehörde erster Instanz wurde mit Schreiben vom 22. Mai 2009 der medizinische Aufsatz des Prof. Dr. med. Volker Faust (Zentrum für Psychiatrie - Die Weissenau, Abt. Psychiatrie I der Universität Ulm, D - 88214 Ravensburg) „*Dystehmie: Chronische depressive Verstimmung*“, welcher die Diagnose, medizinische Geschichte, das Wesen und die Behandlung der Erkrankung des Berufungswerbers beschreibt, übermittelt und aufgefordert dazu binnen zwei Wochen ab Zustellung, welche am 28. Mai 2009 erfolgte, eine Stellungnahme abzugeben. Eine solche ist nicht erfolgt.

Mit Schreiben vom 17. Juni 2009 hat der Berufungswerber den Antrag auf mündliche Verhandlung gemäß § 284 Abs. 1 BAO zurückgezogen.

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

Entsprechend § 34 EStG 1988 sind bei der Ermittlung des Einkommens eines unbeschränkt Steuerpflichtigen nach Abzug der Sonderausgaben außergewöhnliche Belastungen abzuziehen, wenn diese Belastung höher ist als jene, die der Mehrzahl der Steuerpflichtigen gleicher Einkommens- beziehungsweise Vermögensverhältnisse erwächst (Außergewöhnlichkeit, Abs. 2 leg. cit.), er sich dieser Belastung aus tatsächlichen, rechtlichen oder sittlichen Gründen nicht entziehen kann (Zwangsläufigkeit, Abs. 3 leg. cit.) und dadurch die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt wird.

Werden in Literatur und Judikatur (siehe zum Beispiel Doralt, aaO. , Tz 78 zu § 34 und die dort beschriebenen Fundstellen) Kosten, welche durch eine Krankheit entstehen, generell als außergewöhnlich im Sinne des § 34 bezeichnet, so muss auch hier untersucht werden, ob jede Ausgabe, welche in Zusammenhang mit einer Krankheit anfallen auch zwangsläufig im Sinne der zitierten Bestimmung ist. Dazu gehören sicherlich die Kosten einer vom Arzt verordneten Therapie oder von Heilbehelfen wie Zahnersatz, Sehbehelfe, Hörgeräte, Prothesen, Gehbehelfe oder Bruchbänder. Die vom kranken übernommenen Kosten müssen mit der Heilbehandlung beziehungsweise Betreuung typischerweise verbunden sein (VwGH 26.4.2004, 2001/15/0109). Es reicht jedoch aus, wenn die Behandlung den Zweck verfolgt, die Krankheit erträglicher zu machen (siehe Jakom/Baldauf, EStG § 34 RZ 90, Krankheitskosten und die dort zitierten Fundstellen).

Nach der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10 Kapitel V[F]; Weltgesundheitsorganisation, 6. Auflage, Klinisch-diagnostische Leitlinien, Dilling/Mombour/Schmidt, inklusive Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2004/2008, Verlag Hans Huber) handelt es sich bei ICD-10 F 34.1 um eine anhaltende affektive Störung (zum Schutz der Patienten wurde in der Fachterminologie der Begriff psychische „Krankheit“ durch „Störung“ ersetzt), welche dem Namen Dysthymia (oder Dysthemie oder dysthemische Störung trägt). Sie wird wie folgt beschrieben:

*„Hierbei handelt es sich um eine chronische depressive Verstimmung, die nach Schweregrad und Dauer der einzelnen Episoden gegenwärtig nicht die Kriterien für eine leichte oder mittelgradige rezidivierende depressive Störung (F33.0, F33.1) erfüllt. In der Anamnese und insbesondere bei Beginn der Störung können allerdings die Beschreibungen und Leitlinien der leichten depressiven Episode erfüllt gewesen sein. Die Verteilung zwischen den einzelnen Episoden leichter Depression und dazwischen liegenden Perioden vergleichsweiser Normalität ist sehr unterschiedlich. Die Patienten haben gewöhnlich zusammenhängende Perioden von Tagen oder Wochen, in denen sie ein gutes Befinden beschreiben. Aber meistens, oft monatlang, fühlen sie sich müde und depressiv; alles ist für sie eine Anstrengung und nichts wird genossen. Sie grübeln und beklagen sich, schlafen schlecht und fühlen sich unzulänglich, sind aber in der Regel fähig, mit den wesentlichen Anforderungen des täglichen Lebens fertig zu werden. Die Dysthymia hat also sehr viel mit den Konzepten der depressiven Neurose und der neurotischen Depression gemeinsam. Wenn erforderlich, können der frühe (späte Adoleszenz oder frühes Erwachsenenalter) oder der späte Beginn näher bezeichnet werden.“*

*Diagnostische Leitlinie:*

*Das wesentliche Kennzeichen ist die langdauernde, depressive Verstimmung, die niemals oder nur sehr selten ausgeprägt genug ist, um die Kriterien für eine rezidivierende leichte oder mittelgradige depressive Störung (F33.0, F33.1) zu erfüllen. Sie beginnt gewöhnlich früh im Erwachsenenleben und dauert mindestens mehrere Jahre, manchmal lebenslang: Bei Beginn im höheren Lebensalter tritt die Störung häufig nach einer abgrenzbaren depressiven Episode (F32), nach einem Trauerfall oder einer anderen offensichtlichen Belastung auf.*

*Dazugehörige Begriffe: anhaltende ängstliche Depression, depressive Neurose, depressive Persönlichkeit(sstörung), neurotische Depression (mit einer Dauer von mehr als 2 Jahren).“*

Auch von der Abgabenbehörde erster Instanz wurde das Vorliegen dieser Krankheit (psychischen Störung) beim Berufungswerber als durch die Diagnose des B\_ MSc in der Honorarnote vom 16. März 2005 als bewiesen angesehen, was sich darin ausdrückt, dass die € 520,00, welche vom Berufungswerber im Jahr 2004 für psychotherapeutische Sitzungen ausgegeben worden sind, in der Berufungsvorentscheidung vom 9. August 2007 grundsätzlich als außergewöhnliche Belastung im Sinne des § 34 Abs. 1 EStG 1988 anerkannt worden sind.

Steht das Vorliegen dieser Erkrankung außer Frage, ist die zweckentsprechende Behandlung jedenfalls zwangsläufig und außergewöhnlich im Sinne des § 34 Abs. 1 EStG 1988 (herrschende Lehre und Judikatur; siehe für viele: Baldauf/Jakom, aaO. und die dort zitierte Judikatur).

Nach Prof. Dr. med. Volker Faust (Zentrum für Psychiatrie - Die Weissenau, Abt. Psychiatrie I der Universität Ulm, D - 88214 Ravensburg, Weblink siehe oben), welcher sich im Artikel „*DYSTHYMIE: CHRONISCHE DEPRESSIVE VERSTIMMUNG*“ mit Geschichte, Literatur, Diagnose und Behandlung auseinandersetzt, ist neben der medikamentösen Behandlung, die beim

Berufungswerber erfolgt ist, folgende Behandlung bei der Erkrankung des Berufungswerbers angeraten (Faust, aaO. S 31 bis 37):

*„Die Psychotherapie des Dysthymie*

*Man kann es nur immer wiederholen: Die Dysthymie ist auf mehreren Ebenen schwer belastet. Zum einen ihr langer Krankheitsverlauf, zum anderen die hohe Ko-Morbidität (d. h. Mehrfach-Erkrankung, insbesondere zusätzlich schwere depressive Episoden, Angststörungen, Alkohol- und Medikamenten-Missbrauch, Persönlichkeitsstörungen u. a.). Das alles führt – nachvollziehbar – zu einer massiven Beeinträchtigung im zwischenmenschlichen Bereich, vor allem was soziale Beziehungen und Leistungsfähigkeit anbelangt – und damit die gesamte Lebensqualität.*

*So gesehen ist die Psychotherapie unverzichtbar. Sie verbessert den Antrieb, stärkt die körperliche Seite (mindert zumindest die entsprechenden Beschwerden) und kann als effektive Rückfall-Vorbeugung genutzt werden.*

*Leider wird die Dysthymie nicht nur ausgesprochen spät diagnostiziert und meist untertherapiert bzw. gar nicht behandelt, es muss auch ein psycho-dynamisches Problem berücksichtigt werden:*

*Menschen, die an einer Dysthymie leiden, sind oft über Jahre hinweg in einem verhängnisvollen Selbstbild gefangen; sie blicken in eine pessimistisch gefärbte Zukunft und neigen dazu, bereits gemachte Erfahrungen auch rückwirkend negativ zu interpretieren (Fachbegriff: kognitive Triade). Positive Interpretationen dringen gar nicht mehr durch. Das führt dazu, dass auch neue Erkenntnisse und Erfahrungen meist fehlerhaft in diesem schwarzseherischen, trübsinnigen, ja trostlosen und schließlich sogar lebensverneinenden Sinne verarbeitet werden. Das Denken verabsolutiert sich in abwertenden, griesgrämigen, ja unheilvollen Schlussfolgerungen. Die Sichtweise ist geprägt durch eine sich selbst erfüllende Negativ-Propheselung.*

*Dieser unglückseligen Entwicklung versuchen bestimmte psychotherapeutische Verfahren entgegenzuwirken. Zum Beispiel:*

*Tiefenpsychologische Theorien gehen von der psychodynamischen Annahme aus: Hinter jedem Symptom steht ein Konflikt. Mit anderen Worten: Das Krankheitszeichen muss nicht unbedingt direkt dem Konflikt entsprechen, es bringt nur etwas zum Ausdruck, was schwer zugänglich, weil unbewusst ist (Einzelheiten siehe das Kapitel über die Neurosen).*

*Hier spielen vor allem drei Aspekte herein: 1. der in der Kindheit ausgelöste Konflikt (die Beziehungserfahrung des Kindes), 2. die Struktur der Persönlichkeit und ihre besondere Anfälligkeit für eine Erkrankung und 3. die Art und Weise, Konflikte zu verarbeiten (z. B. durch eine damit verbundene Anfälligkeit für eine bestimmte Erkrankung). Ein Teil des so genannten dysthymen Grundkonflikts ist und bleibt das Bedürfnis nach einer engen und vertrauten Bezugsperson. Leider gab es hier schon herbe Enttäuschungen, was die irrege Schlussfolgerung nahe legt: Um weitere Enttäuschungen zu vermeiden, muss man auch nahe Kontakte umgehen.*

*Eine andere Verarbeitungsweise wäre dagegen das Gegenteil: sich in Beziehungen völlig aufzuopfern, um sich damit dem anderen gegenüber unentbehrlich zu machen. Durch diese Abhängigkeit wird man aber auch beziehungs-anfälliger, kränkbarer, verletzlicher.*

*So oder so – derartige Einstellungen können sich als „Lebens-Sackgasse“ erweisen. Dies vor allem dann, wenn noch einige Charakteristika des früher so beschriebenen „Typus melancholicus“ dazukommen: autoritätsgläubig, ordnungslebend bzw. übergewissenhaft, bereit zur Unterordnung, Perfektheits-Anspruch – und damit in der Gefahr, ständig enttäuscht zu werden, bis hin zur Selbst-Entwertung.*

*Tiefenpsychologische Theorien zur Dysthymie*

*- Dysthymie als aversive, fluchhafte Abkehr vom Leben, also einer Lebensverneinung (I. H. Schultz, 1955).*

*- Der Dysthymiker erlebt sich ausgeschieden aus dem Lebensstrom, abgeschnitten von der Zukunft und ohne erfüllende Gegenwart (E. Minkowski, 1923, E. Straus, 1960, V. E. Gebssattel, 1964).*

*- Die Dysthymie ist der Ausdruck einer verlorenen Sinnfindung, d. h. es fehlt die Voraussetzung für die sinn-gesteuerte Bereitschaft, in dieser Welt weiterleben zu wollen (V. Frankl, 1975).*

*In der analytisch orientierten Einzeltherapie wird deshalb versucht, eine Verknüpfung zwischen aktuellem Erleben und frühen Erlebnissen und Gefühlen herzustellen, d. h. Verdrängtes, **insbesondere Konfliktmaterial bewusst** zu machen und in das eigene Werden zu integrieren. Durch diese Neubewertung können sich Leben und Verhalten konstruktiv ändern (Beispiel: eine ambivalent erlebte Mutter-Kind-Beziehung kann zugunsten einer befriedigenden Partnerbeziehung gelöst werden).*

*Wichtig: Bei der Dysthymie spielt das gestörte Selbstwertgefühl und die daraus folgende große narzisstische Bedürftigkeit eine wichtige Rolle (siehe auch das Kapitel über den Narzissmus).*

*Kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze zielen auf die Veränderung zwischenmenschlicher Aspekte und versuchen die so genannte soziale Kompetenz zu stärken. Denn – so diese Theorie – positiv-verstärkende Ereignisse waren bisher in der Minderzahl, ja, es gab überhaupt kaum eine effektive Verfügbarkeit von Verstärkern (z. B. Beruf oder Partnerschaft). Und dies vor allem deshalb, weil der Betreffende in diesem Punkt nicht aktiv genug ist (oder im Laufe des Lebens „ausgebremst“ und damit lähmend inaktiv wurde).*

*Die kognitiven Therapien nutzen beispielsweise die schon antiken Erfahrungen, insbesondere des griechischen Philosophen Epiktet: „Nicht die Dinge selbst beunruhigen die Menschen, sondern die Vorstellung von den Dingen“. Oder konkret: Bei der Auslösung und Aufrechterhaltung einer Dysthymie (wie auch einer Depression) spielen vor allem irrite Annahmen und falsche Überzeugungen eine Rolle. Das fassen die Psychotherapeuten in der so genannten depressiven Triade zusammen, nämlich 1. die negative Selbsteinschätzung, 2. das Erleben der subjektiven Überforderung durch die Welt und 3. die negativen Zukunftsvorstellungen, von denen depressive (und dysthyme) Menschen geradezu beherrscht werden.*

Solche zwar irrationalen (dem Verstand nicht zugänglichen, ja jeglicher Vernunft widersprechenden), dafür aber „katastrophierenden“ Gedanken verdrängen die situations-adäquaten Überlegungen und führen zu einer abwärts gerichteten „Denk-Spirale“. Negative kognitive Denkschemata wurzeln also in negativen Erfahrungen. Das sind vor allem Verlusterlebnisse in der Kindheit, die sich später als „unverbrüchlich verfestigen“ (was falsch ist) und schließlich das gesamte Denken und Planen in dieser Richtung (negativ) automatisieren.

Konkret heißt das: Der Dysthyme, der ein solches automatisiertes Negativ-Denkschema von sich selber verinnerlicht hat, muss ja eine negative Selbstsicht besitzen, die ihn dazu veranlasst, Ursachen für Misserfolge grundsätzlich bei sich selber zu suchen und Erfolge auf äußere Faktoren zurückzuführen (z. B. Zufall oder Glück). Oder kurz: Negativ bin ich, positiv ist Zufall.

Wer so denkt, hält sich natürlich bedeckt und versucht potentielle negative Erlebnisse zu vermeiden. Das untergräbt allerdings dann die im Alltagsleben geforderte Aktivität und wirkt im Laufe der Zeit depressionsfördernd, ein Teufelskreis.

Deshalb versucht die kognitive Therapie derart fehlerhafte Denkmuster, irrationale Überzeugungen, negative Erwartungshaltungen und unrealistische Ziele bewusst zu machen, zu ändern bzw. ins Positive umzuwandeln. Vor allem werden solche geistigen Fehl-Funktionen in der Psychotherapie oft überhaupt erstmal hinterfragt und damit bewusst. Dysthyme Menschen müssen erst einmal (wieder) **lernen, Kontrolle und Kompetenz für ihr eigenes Leben zu erwerben**.

Einzelheiten zur konkreten Methode siehe die entsprechende Fachliteratur, z. B. zu den Aspekten:

**Selbstbehauptung, Nein-Sagen, Wünsche und Forderungen äußern, Kontakte knüpfen, Gespräche beginnen und beenden(!), positive und negative Gefühle offen äußern, sich eigene Ansprüche erlauben, sich durchzusetzen wagen u. a.** Die Erfolge sind auf jeden Fall erfreulich.

Ein wichtiger Faktor in der Therapie (und damit psychosozialen Rehabilitation) dysthymer Patienten ist die **Gruppentherapie**. So können beispielsweise die Betroffenen in Rollenspielen lernen, in nachgestellten Problem-Situationen den Umgang mit Kritik, dem Wahrnehmen und Äußern eigener Wünsche und Bedürfnisse, dem erwähnten Nein-Sagen und dem Ausdrücken von Ärger in zwar gespielten, aber realen Situationen näher zu kommen.

Interessante Variationen in diesem Zusammenhang sind auch die **Malgruppentherapie, die Musik- und Tanztherapie und die Entspannungsgruppen**.

Einen besonderen Stellenwert in der Behandlung dysthymer Störungen nimmt inzwischen die **Familientherapie** ein. Man kann sich vorstellen, dass die Familie als gleichsam „kleinste Interaktions-Zelle“ gerade bei der Dysthymie eine große Rolle spielt. Einzelheiten auch hier siehe die Fachliteratur. Dazu aber wenigstens einige Stichworte: auslösende Bedingungen wie Verlust von Zuwendung, Respekt, Liebe, Freundschaft, Unterstützung, Wärme u. a., chronische Belastungssituationen (schwere Erkrankungen, dauerhafte Familienkonflikte, Arbeitslosigkeit).

Ein wichtiger Faktor ist dabei der immer häufiger zu hörende Aspekt der Vulnerabilität: Das ist eine in der Regel mehrschichtige Verwundbarkeit auf dem Boden einer möglicherweise genetischen (Erb-)Anlage und verstärkt durch frühe Traumatisierungen (Verwundungen), insbesondere kindliche Verlusterlebnisse, unzureichende Bewältigungsmechanismen, immer stärker werdende defizitäre soziale Fertigkeiten bis hin zu gelernter Hilflosigkeit und geringes Selbstwertgefühl (depressive Konstellation). Kein Wunder, dass hier die Familie miteinbezogen werden muss und auch einen wirkungsvollen Beitrag zu leisten vermag („kleines soziales Netzwerk“).

Weitere Einzelheiten zur Systemischen Familientherapie siehe abschließenden Ausführungen im Kasten.

#### **Systemische Familientherapie**

Ziel der Familientherapie ist es, krankheitsfördernde Strukturen und krankmachende zwischenmenschliche Kontaktformen aufzudecken, zu bearbeiten und damit ein erhöhtes Verständnis für den Betroffenen und die sich daraus ergebenden Schwierigkeiten im sozialen Umfeld zu erlangen.

Dysthymie wird in diesem Zusammenhang als ein erlerntes depressives Verhalten interpretiert. Also muss man dieses Fehl-Lernen umprogrammieren, in dem man sich mit den Problemkreisen auseinandersetzt, so früh wie möglich. Zentrale Fragen sind: Was ist das Problem? – Wer ist das Problem? – Auf wen wirkt sich dieses Problem aus? – Wer und was gehört zum Problemsystem?

Das ist schon deshalb wichtig, weil die klassischen negativen Selbst- und ständigen Schuld- und Insuffizienzgefühle den Patienten in seinem Glauben bestätigen, allein verantwortlich, wenn nicht gar „schuld“ zu sein – für seine Symptome und das gesamte „Familien-Elend“. Natürlich sehen das auch die anderen so, wer will es ihnen verargen. Denn:

Die Familie versucht(e) lange zu helfen der Patient reagiert zu wenig (aus der Sicht der Familie) die Familie registriert das verwundert, missbilligend, enttäuscht, gereizt, schließlich aggressiv oder zieht sich zurück der Patient fühlt sich unverstanden oder verlassen die Familie reagiert mit Schuldgefühlen und verstärkt wieder ihren Einsatz (jetzt als Über-Engagement oder überprotektives (überzogenes Schutz-)Verhalten der Patient fühlt sich zunehmend wertlos und in eine infantile (kindliche) Rolle gedrängt die Familie erschöpft sich? und ist ausgebrannt. Will der Patient jetzt sein depressives Verhalten und Erleben ändern, findet er eine von Schuld und Aggressionen geprägte Atmosphäre vor, in der sein neues (eigentlich konstruktives) Verhalten kein Platz mehr hat. Ja, er stößt auf Unverständnis und wird vielleicht sogar „niedergemacht“. Jetzt ist die Hilflosigkeit auf allen Seiten perfekt, es regieren Ohnmachtgefühle und verzweifelte Reizbarkeit und Aggression. Jetzt braucht es einen Therapeuten, der sich nicht in diesen Sog der Hilflosigkeit hineinziehen lässt (das setzt nebenbei auch langjährige psychotherapeutische Erfahrung voraus).

Zusammengefasst nach B. Steinbrenner und M. Steinbauer, 2002.“

---

Als Therapie der Dysthemia werden daher in der medizinischen Literatur neben Antidepressiva, Psychotherapie, das Erlernen von Konfliktlösungs-, kontaktfördernden und Entspannungstechniken sowie die systemische Familientherapie angesehen.

Die Aufwendungen für den Besuch genau solcher Veranstaltungen (siehe oben) hat der Berufungswerber als außergewöhnliche Belastung für die Behandlung seiner Erkrankung beantragt. Eine Behandlung einer Erkrankung entsprechend den Regeln der medizinischen Kunst ist jedoch immer zwangsläufig und die Aufwendungen dafür außergewöhnlich in Sinne des § 34 Abs. 1 EStG 1988. Bei einer solchen sinnvollen Behandlung kommt es auch nicht darauf an, ob diese ein Arzt verschrieben hat oder nicht, ist doch die ärztliche Verschreibung nur ein Indiz auf Sachverhaltsebene, ob es sich tatsächlich um eine sachgerechte Behandlung einer Krankheit handelt.

Steht die Krankheit des Berufungswerbers außer Frage und entspricht seine Behandlung einer klassischen medizinischen Behandlung so sind die daraus erwachsenen Kosten auch zwangsläufig und außergewöhnlich im Sinne des § 34 Abs. 1 EStG 1988 und war der Berufung dementsprechend stattzugeben.

Da die „*korrigierte*“ Darstellung der Aufwendungen den vorgelegten Belegen entspricht, war der Einkommensteuerbescheid 2004 des Berufungswerbers entsprechend anzupassen und der Bescheid abzuändern.

Beilage: 1 Berechnungsblatt

Linz, am 18. Juni 2009