

# TE OGH 2007/5/30 7Ob63/07a

JUSLINE Entscheidung

🕒 Veröffentlicht am 30.05.2007

## Kopf

Der Oberste Gerichtshof hat als Revisionsgericht durch die Senatspräsidentin des Obersten Gerichtshofes Dr. Huber als Vorsitzende und die Hofräte des Obersten Gerichtshofes Hon. Prof. Dr. Danzl, Dr. Schaumüller, Dr. Hoch und Dr. Kalivoda als weitere Richter in der Rechtssache der klagenden Partei Fuad A\*\*\*\*\*, vertreten durch Dr. Bernhard Kettl, Rechtsanwalt in Salzburg, gegen die beklagte Partei U\*\*\*\*\*versicherung AG, \*\*\*\*\*, vertreten durch Pressl Endl Heinrich Bamberger Rechtsanwälte GmbH in Salzburg, wegen EUR 38.520,40, über die Revision der klagenden Partei gegen das Urteil des Oberlandesgerichtes Innsbruck als Berufungsgericht vom 20. Oktober 2006, GZ 4 R 184/06z-61, womit das Urteil des Landesgerichtes Feldkirch vom 13. Mai 2006, GZ 8 Cg 102/04h-55, bestätigt wurde, zu Recht erkannt:

## Spruch

Der Revision wird nicht Folge gegeben.

Die klagende Partei ist schuldig, der beklagten Partei die mit EUR 1.760,76 (darin enthalten EUR 293,46 an USt) bestimmten Kosten des Revisionsverfahrens binnen 14 Tagen zu ersetzen.

## Text

Entscheidungsgründe:

Zwischen den Parteien besteht ein Unfallversicherungsvertrag, dem die Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung 1995 (AUVB 1995) zu Grunde liegen. Abweichend von Art 7.5 AUVB 1995 wurde vereinbart, dass dem Versicherungsnehmer bereits ab einem Invaliditätsgrad von 50 % die volle Versicherungssumme zustehen soll. Zwischen den Parteien besteht ein Unfallversicherungsvertrag, dem die Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung 1995 (AUVB 1995) zu Grunde liegen. Abweichend von Artikel 7 Punkt 5, AUVB 1995 wurde vereinbart, dass dem Versicherungsnehmer bereits ab einem Invaliditätsgrad von 50 % die volle Versicherungssumme zustehen soll.

In den AUVB 1995 ist geregelt:

„Artikel 7

Dauernde Invalidität

1. Ergibt sich innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet, dass als Folge des Unfalles eine dauernde Invalidität zurückbleibt, wird aus der hierfür versicherten Summe der dem Grad der Invalidität entsprechende Betrag gezahlt.

Anspruch auf Leistung für dauernde Invalidität ist innerhalb von 15 Monaten vom Unfalltag an geltend zu machen und unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes zu begründen.

...

7. Steht der Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig fest, sind sowohl der Versicherte als auch der Versicherer berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis vier Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen, und zwar ab zwei Jahren nach dem Unfalltag auch durch die Ärztekommision.

...

Art 18 Artikel 18,

Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

...

4. Für organisch bedingte Störungen des Nervensystems wird eine Leistung nur erbracht, wenn und soweit diese Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen ist.

Seelische Fehlhaltungen (Neurosen, Psychoneurosen) gelten nicht als Unfallfolgen. ..."

Der Kläger erlitt am 27. 12. 2000 einen Arbeitsunfall, bei dem er sich Verätzungen im Bereich beider Augen zuzog. Die unfallbedingte Funktionseinschränkung der Augen des Klägers wurde vom augenärztlichen Gutachten mit 47 % bewertet. Die Beklagte bezahlte im Hinblick auf dieses Gutachten 47 % der Versicherungssumme. Im Zeitpunkt der Gutachtenserstellung betrug die Sehschärfe beidseits 0,3. Anfang des Jahres 2006 lag die Sehschärfe beim Kläger rechts bei 0,25 und wurde links auf 0,05 reduziert. Beim linken Auge ist zusätzlich ein Verlust der Akkommodation durch die eingesetzte Kunststofflinse eingetreten. Für die behandelnden Ärzte war mit hoher Wahrscheinlichkeit ab April 2005 das Ausmaß der heute vorliegenden Verletzung erkennbar.

Der Kläger erlitt, als ihm die Sehstörung bewusst wurde, eine akute posttraumatische Belastungsstörung. Diese ging in eine Anpassungsstörung mit einer länger dauernden depressiven Reaktion über. Die posttraumatische Belastungsstörung in ihrer akuten und chronischen Form wird in den heute üblichen psychiatrischen Klassifikationen in die Gruppe der neurotischen Belastungsstörungen und somatoformen Störungen eingegliedert. Bei diesen Störungen handelt es sich nicht um organisch bedingte Störungen des Nervensystems. Der Kläger erlitt aufgrund des Arbeitsunfalles und den daraus entstandenen Folgen keine organisch bedingten Störungen des Nervensystems. Beim Kläger hätte auch ohne die beim Arbeitsunfall im Jahr 2000 erlittene Augenschädigung eine posttraumatische Belastungsstörung auftreten können. Es besteht allerdings die überwiegende Wahrscheinlichkeit (jedenfalls über 50 %), dass dies nicht der Fall gewesen wäre. Die beim Kläger vorliegende seelische Fehlhaltung hat das Auftreten der posttraumatischen Belastungsstörung begünstigt.

Der Kläger begehrt nun (weitere) 53 % der Versicherungssumme, weil er durch den Arbeitsunfall akute posttraumatische Belastungsstörungen (depressive Störungen) erlitten habe und daher ein 50 % übersteigender Invaliditätsgrad als unmittelbare und andauernde Folge des Unfalls erreicht worden sei. Die Beklagte sei daher zur Bezahlung der gesamten Versicherungssumme verpflichtet. In der Tagsatzung zur mündlichen Streitverhandlung vom 16. 9. 2005 stützte der Kläger seinen Anspruch auch noch darauf, dass Art 7.7 AUVB 1995 in Widerspruch zur Gesetzgebung und Rechtsprechung stehe und die Begrenzung der Feststellung des Invaliditätsgrades auf vier Jahre nicht dem Konsumentenschutzgesetz (KSchG) entspreche. Art 18.4 AUVB 1995 widerspreche ebenfalls dem KSchG und sei unwirksam und sittenwidrig, weil er keine genaue Bezeichnungen der jeweiligen Ausschlüsse der Leistungsverpflichtung enthalte und somit zu weit gefasst und unanwendbar sei. Es habe sich erst in den letzten Monaten herausgestellt, dass die Augenverletzung wesentlich schwerer als die damals angenommenen 47 % gewesen sei. Dem Kläger sei erst vor kurzem bekannt geworden, dass sich am linken Auge die Netzhaut ablöse und er daher erblinden werde. Die Sehkraft des rechten Auges habe sich auf 20 % der natürlichen Sehkraft reduziert. Es werde daher beantragt, ein Gutachten aus dem Bereich der Augenheilkunde einzuholen. Der Kläger begehrt nun (weitere) 53 % der Versicherungssumme, weil er durch den Arbeitsunfall akute posttraumatische Belastungsstörungen (depressive Störungen) erlitten habe und daher ein 50 % übersteigender Invaliditätsgrad als unmittelbare und andauernde Folge des Unfalls erreicht worden sei. Die Beklagte sei daher zur Bezahlung der gesamten Versicherungssumme verpflichtet. In der Tagsatzung zur mündlichen Streitverhandlung vom 16. 9. 2005 stützte der Kläger seinen Anspruch auch noch darauf, dass Artikel 7 Punkt 7, AUVB 1995 in Widerspruch zur Gesetzgebung und Rechtsprechung stehe und die Begrenzung der Feststellung des Invaliditätsgrades auf vier Jahre nicht dem Konsumentenschutzgesetz (KSchG) entspreche. Artikel 18 Punkt 4, AUVB 1995 widerspreche ebenfalls dem KSchG und sei unwirksam und sittenwidrig, weil er keine genaue Bezeichnungen der jeweiligen Ausschlüsse der Leistungsverpflichtung enthalte und somit zu weit

gefasst und unanwendbar sei. Es habe sich erst in den letzten Monaten herausgestellt, dass die Augenverletzung wesentlich schwerer als die damals angenommenen 47 % gewesen sei. Dem Kläger sei erst vor kurzem bekannt geworden, dass sich am linken Auge die Netzhaut ablöse und er daher erblinden werde. Die Sehkraft des rechten Auges habe sich auf 20 % der natürlichen Sehkraft reduziert. Es werde daher beantragt, ein Gutachten aus dem Bereich der Augenheilkunde einzuholen.

Die Beklagte beantragt die Abweisung des Klagebegehrens, weil eine allenfalls vorhandene depressive Störung gemäß Art 18.4 AUVB 1995 mangels organisch bedingter Störung des Nervensystems nicht als Unfallfolge gelte. Hinsichtlich der Ausführungen zur Neubemessung des Invaliditätsgrades werde Verfristung gemäß Art 7.7 AUVB 1995 eingewandt. Die Antragstellung sei nur innerhalb eines Zeitraums von vier Jahren nach dem Unfalltag zulässig. Die Beklagte beantragt die Abweisung des Klagebegehrens, weil eine allenfalls vorhandene depressive Störung gemäß Artikel 18 Punkt 4, AUVB 1995 mangels organisch bedingter Störung des Nervensystems nicht als Unfallfolge gelte. Hinsichtlich der Ausführungen zur Neubemessung des Invaliditätsgrades werde Verfristung gemäß Artikel 7 Punkt 7, AUVB 1995 eingewandt. Die Antragstellung sei nur innerhalb eines Zeitraums von vier Jahren nach dem Unfalltag zulässig.

Das Erstgericht wies das Klagebegehren ab. In rechtlicher Hinsicht vertrat es die Ansicht, dass es sich bei der vom Kläger erlittenen posttraumatischen Belastungsstörung um eine seelische Fehlhaltung nach den Versicherungsbedingungen handle. Die Neubemessung der Invalidität sei nicht innerhalb von vier Jahren nach dem Unfallereignis begehrt worden. Die zeitliche Begrenzung der Geltendmachung der Invaliditätsansprüche solle die Verzögerung der Abwicklung des Versicherungsfalles verhindern. Sie schaffe einen angemessenen Ausgleich zwischen dem Interesse an einer dem tatsächlichen Leidenszustand entsprechenden Festsetzung der Entschädigung und einer allzu langen Verzögerung der Abwicklung. Der Art 7.7 AUVB 1995 sei dem Versicherungsnehmer nicht nachteilig und sei auch nicht im Vertragstext versteckt. Weder Art 7.7. noch 18.4 AUVB 1995 seien unklar oder missverständlich. Das Erstgericht wies das Klagebegehren ab. In rechtlicher Hinsicht vertrat es die Ansicht, dass es sich bei der vom Kläger erlittenen posttraumatischen Belastungsstörung um eine seelische Fehlhaltung nach den Versicherungsbedingungen handle. Die Neubemessung der Invalidität sei nicht innerhalb von vier Jahren nach dem Unfallereignis begehrt worden. Die zeitliche Begrenzung der Geltendmachung der Invaliditätsansprüche solle die Verzögerung der Abwicklung des Versicherungsfalles verhindern. Sie schaffe einen angemessenen Ausgleich zwischen dem Interesse an einer dem tatsächlichen Leidenszustand entsprechenden Festsetzung der Entschädigung und einer allzu langen Verzögerung der Abwicklung. Der Artikel 7 Punkt 7, AUVB 1995 sei dem Versicherungsnehmer nicht nachteilig und sei auch nicht im Vertragstext versteckt. Weder Artikel 7 Punkt 7, noch 18.4 AUVB 1995 seien unklar oder missverständlich.

Das Berufungsgericht gab der Berufung des Klägers nicht Folge. Art 18.4 AUVB 1995 sei nicht sittenwidrig. Auch wenn das Gericht für medizinische Fragen Sachverständige beiziehe, so sei die Frage des Ausmaßes der Invalidität durch das Gericht zu klären. Art 7.7 AUVB 1995, der die Möglichkeit der Neubemessung auf vier Jahre begrenze, sei nicht im Sinne des § 864a ABGB ungewöhnlich. Die Bestimmung sei systematisch richtig und nicht unauffälliger als andere Vertragsbestimmungen im Rahmen der Umschreibung der „dauernden Invalidität“ durch Art 7 geregelt. Die Befristung von Rechten sei auch keineswegs ungewöhnlich. Die Neubemessungsklausel sei nicht einseitig gröblich benachteiligend im Sinn des § 879 Abs 3 ABGB, weil sie abstrakt für beide Seiten gleich gelte. Die Vertragsbestimmung sei klar und verständlich formuliert. Das Berufungsgericht gab der Berufung des Klägers nicht Folge. Artikel 18 Punkt 4, AUVB 1995 sei nicht sittenwidrig. Auch wenn das Gericht für medizinische Fragen Sachverständige beiziehe, so sei die Frage des Ausmaßes der Invalidität durch das Gericht zu klären. Artikel 7 Punkt 7, AUVB 1995, der die Möglichkeit der Neubemessung auf vier Jahre begrenze, sei nicht im Sinne des Paragraph 864 a, ABGB ungewöhnlich. Die Bestimmung sei systematisch richtig und nicht unauffälliger als andere Vertragsbestimmungen im Rahmen der Umschreibung der „dauernden Invalidität“ durch Artikel 7, geregelt. Die Befristung von Rechten sei auch keineswegs ungewöhnlich. Die Neubemessungsklausel sei nicht einseitig gröblich benachteiligend im Sinn des Paragraph 879, Absatz 3, ABGB, weil sie abstrakt für beide Seiten gleich gelte. Die Vertragsbestimmung sei klar und verständlich formuliert.

Das Berufungsgericht sprach aus, dass die ordentliche Revision zulässig sei, weil zur Frage der Inhaltskontrolle betreffend den Art 7.7 AUVB 1995 keine oberstgerichtliche Rechtsprechung vorliege. Das Berufungsgericht sprach aus, dass die ordentliche Revision zulässig sei, weil zur Frage der Inhaltskontrolle betreffend den Artikel 7 Punkt 7, AUVB 1995 keine oberstgerichtliche Rechtsprechung vorliege.

Dagegen richtet sich die Revision des Klägers mit einem Abänderungsantrag, hilfsweise wird ein Aufhebungsantrag gestellt.

Die Beklagte beantragt, der Revision nicht Folge zu geben.

Die Revision ist aus dem vom Berufungsgericht genannten Grund zulässig, sie ist aber nicht berechtigt.

### **Rechtliche Beurteilung**

Verfahrensmängel erster Instanz, deren Vorliegen vom Berufungsgericht verneint wurde, können nicht zum Gegenstand der Revision gemacht werden (RIS-Justiz RS0042963). Die Frage, ob die eingeholten Sachverständigengutachten die von den Vorinstanzen getroffenen Feststellungen rechtfertigen, gehört in das Gebiet der Beweiswürdigung und ist nicht revisibel (RIS-Justiz RS0043163).

Jedem Versicherungsnehmer muss das Wissen zugemutet werden, dass gewisse Begrenzungsnormen einem Unfallversicherungsvertrag zugrunde liegen. Dem Versicherer steht es frei, bestimmte Risiken vom Versicherungsschutz auszunehmen. Voraussetzung ist, dass dies für den Versicherungsnehmer klar erkennbar geschieht (RIS-Justiz RS0016777). Bei einer Risikobegrenzung wird von Anfang an ein bestimmter Gefahrenumstand von der versicherten Gefahr ausgenommen, ohne dass es dabei auf ein schuldhaftes, pflichtwidriges Verhalten des Versicherungsnehmers ankäme (RIS-Justiz RS0080166).

Soweit der Revisionswerber argumentiert, dass Art 18.4 AUVB 1995 deshalb sittenwidrig sei, weil sich der Versicherer einer unbestimmten Definition bediene, deren Auslegung jeweils von einem Gutachter abhängig sei, ist ihm - wie bereits das Berufungsgericht zutreffend darlegte - nicht zu folgen. Die Erhebung eines körperlichen Zustandes ist im Streitfall immer dem medizinischen Sachverständigen vorbehalten. Aus einem Gutachten werden nur Tatsachen abgeleitet, der Gutachter bestimmt nicht über die Auslegung einer Vertragsbestimmung. Die rechtliche Beurteilung ist dem Gericht vorbehalten. Der Begriff „organisch bedingte Störungen des Nervensystems" ist klar, deutlich und jedem durchschnittlichen Versicherungsnehmer verständlich. Es liegt nur dann eine von der Versicherungsdeckung umfasste Störung des Nervensystems vor, wenn sie organische Ursachen hat. Davon abgegrenzt sind in den Bedingungen die „seelischen Fehlhaltungen", die nicht als Unfallfolgen gelten sollen. Damit sind alle Störungen psychischer Natur gemeint, die nicht primär durch unfallbedingte organische Schädigungen entstanden sind. Wird also das Nervensystem nicht organisch geschädigt, sondern entsteht eine Neurose nur aufgrund der psychischen Haltung des Geschädigten zum Unfall und seinen Folgen, so ist die Deckung nach Art 18.4 AUVB 1995 ausgeschlossen. Dies ergibt sich zwanglos und eindeutig aus dem Text der Klausel. Für Zweifel über den Inhalt des Risikoausschlusses, auch im Sinn von § 6 Abs 3 KSchG, gibt es keinen Raum. Soweit der Revisionswerber argumentiert, dass Artikel 18 Punkt 4, AUVB 1995 deshalb sittenwidrig sei, weil sich der Versicherer einer unbestimmten Definition bediene, deren Auslegung jeweils von einem Gutachter abhängig sei, ist ihm - wie bereits das Berufungsgericht zutreffend darlegte - nicht zu folgen. Die Erhebung eines körperlichen Zustandes ist im Streitfall immer dem medizinischen Sachverständigen vorbehalten. Aus einem Gutachten werden nur Tatsachen abgeleitet, der Gutachter bestimmt nicht über die Auslegung einer Vertragsbestimmung. Die rechtliche Beurteilung ist dem Gericht vorbehalten. Der Begriff „organisch bedingte Störungen des Nervensystems" ist klar, deutlich und jedem durchschnittlichen Versicherungsnehmer verständlich. Es liegt nur dann eine von der Versicherungsdeckung umfasste Störung des Nervensystems vor, wenn sie organische Ursachen hat. Davon abgegrenzt sind in den Bedingungen die „seelischen Fehlhaltungen", die nicht als Unfallfolgen gelten sollen. Damit sind alle Störungen psychischer Natur gemeint, die nicht primär durch unfallbedingte organische Schädigungen entstanden sind. Wird also das Nervensystem nicht organisch geschädigt, sondern entsteht eine Neurose nur aufgrund der psychischen Haltung des Geschädigten zum Unfall und seinen Folgen, so ist die Deckung nach Artikel 18 Punkt 4, AUVB 1995 ausgeschlossen. Dies ergibt sich zwanglos und eindeutig aus dem Text der Klausel. Für Zweifel über den Inhalt des Risikoausschlusses, auch im Sinn von Paragraph 6, Absatz 3, KSchG, gibt es keinen Raum.

Es entspricht allgemein gängiger und langjähriger Versicherungspraxis in Österreich und Deutschland, dass bei der Geltendmachung der Invalidität drei Fristen, die in den verschiedenen Bedingungen vom Regelungszweck her gleich konstruiert sind, von Bedeutung sind. Diese sind in den vorliegenden AUVB 1995 in Art 7 geregelt. Nach Art 7.1 Abs 1 AUVB 1995 muss sich innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet als Folge des Unfalls eine dauernde Invalidität ergeben. Nach Art 7.1 Abs 2 AUVB 1995 muss der Anspruch auf Leistung für dauernde Invalidität innerhalb von 15 Monaten vom Unfalltag an geltend gemacht und unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes begründet werden. Nach Art 7.7 AUVB 1995 ist in dem Fall, in dem der Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig feststeht, sowohl der Versicherte als auch der Versicherer berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis vier Jahre ab dem Unfalltag

ärztlich neu bemessen zu lassen. Es entspricht allgemein gängiger und langjähriger Versicherungspraxis in Österreich und Deutschland, dass bei der Geltendmachung der Invalidität drei Fristen, die in den verschiedenen Bedingungen vom Regelungszweck her gleich konstruiert sind, von Bedeutung sind. Diese sind in den vorliegenden AUVB 1995 in Artikel 7, geregelt. Nach Artikel 7 Punkt eins, Absatz eins, AUVB 1995 muss sich innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet als Folge des Unfalls eine dauernde Invalidität ergeben. Nach Artikel 7 Punkt eins, Absatz 2, AUVB 1995 muss der Anspruch auf Leistung für dauernde Invalidität innerhalb von 15 Monaten vom Unfalltag an geltend gemacht und unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes begründet werden. Nach Artikel 7 Punkt 7, AUVB 1995 ist in dem Fall, in dem der Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig feststeht, sowohl der Versicherte als auch der Versicherer berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis vier Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen.

Zur Jahresfrist wird in ständiger Rechtsprechung ausgesprochen, dass es sich hier um einen Risikoausschluss dahin handelt, dass aus dem vertraglichen Unfallrisiko die Folge der dauernden Invalidität ausgenommen wird, sofern sie sich nicht innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet ergibt, das heißt, dass sie innerhalb eines Jahres nach dem Unfall objektiv vorhanden ist (7 Ob 301/03w, 7 Ob 370/97f; RIS-Justiz RS0109447), mag sie auch noch nicht erkannt worden sein (RIS-Justiz RS0109450).

Zur 15-Monatsfrist wird in ständiger Rechtsprechung die Auffassung vertreten, dass es sich hierbei um eine Ausschlussfrist handelt (7 Ob 156/06a, 7 Ob 250/01t; RIS-Justiz RS0082292). Wird die Frist versäumt, so erlischt der Entschädigungsanspruch des Unfallversicherten (7 Ob 156/06a; RIS-Justiz RS0082292). Die Zweckrichtung der Regelung liegt in der Herstellung von möglichst rascher Rechtssicherung und Rechtsfrieden. Es soll der später in Anspruch genommene Versicherer vor Beweisschwierigkeiten infolge Zeitablaufs geschützt und eine alsbaldige Klärung der Ansprüche herbeigeführt werden (7 Ob 250/01t, RIS-Justiz RS0082216). Die durch Setzung einer Ausschlussfrist vorgenommene Risikobegrenzung soll damit im Versicherungsrecht (in aller Regel) eine Ab- und Ausgrenzung schwer aufklärbarer und unübersehbarer (Spät-)Schäden bezwecken (7 Ob 250/01t). Der richtige Ansatz für die Kontrolle von Risikoabgrenzungen durch Ausschlussfristen liegt in der Inhalts-, Geltungs- und Transparenzkontrolle (7 Ob 156/06a, 7 Ob 250/01t; RIS-Justiz RS0116097).

Zur Frist für das Begehren auf Neubemessung fehlt es bislang an oberstgerichtlicher Judikatur.

Die Neubemessung setzt voraus, dass bereits die dauernde Invalidität grundsätzlich feststeht (Prölss/Martin, VVG27, § 11 AUB 94, Rz 8 ff; Grimm AUB4, § 11 IV, Rn 33). Die Frist (in Deutschland gilt eine dreijährige Frist) soll verhindern, dass die abschließende Bemessung der Invalidität auf unabsehbare Zeit hinausgeschoben wird (Wussow/Pürckhauer, AUB6 S 338). Das Recht auf Antragstellung steht dem Versicherten und dem Versicherer in gleicher Weise zu. Wird der Antrag auf Neubemessung versäumt, so bleibt es bei der letzten Feststellung der Bemessung der Invaliditätsentschädigung (Wagner in Bruck/Möller/Wagner VI 18, Anm. G308). Die Neubemessung setzt voraus, dass bereits die dauernde Invalidität grundsätzlich feststeht (Prölss/Martin, VVG27, Paragraph 11, AUB 94, Rz 8 ff; Grimm AUB4, Paragraph 11, römisch IV, Rn 33). Die Frist (in Deutschland gilt eine dreijährige Frist) soll verhindern, dass die abschließende Bemessung der Invalidität auf unabsehbare Zeit hinausgeschoben wird (Wussow/Pürckhauer, AUB6 S 338). Das Recht auf Antragstellung steht dem Versicherten und dem Versicherer in gleicher Weise zu. Wird der Antrag auf Neubemessung versäumt, so bleibt es bei der letzten Feststellung der Bemessung der Invaliditätsentschädigung (Wagner in Bruck/Möller/Wagner römisch VI 18, Anmerkung G308).

Auch die in Art 7.7 AUVB 1995 genannte Vierjahresfrist ist insofern eine Ausschlussfrist, weil ein allenfalls von der Erstbemessung abweichender Invaliditätsgrad nur dann zu bemessen und zu berücksichtigen ist, wenn dies bis zu vier Jahre ab dem Unfalltag vom Versicherten oder den Versicherer begehrt wird. Beide Parteien sollen innerhalb dieser Frist Klarheit über den Grad der Invalidität erlangen können, um letztlich Beweisschwierigkeiten zu vermeiden und Rechtssicherheit und Rechtsfrieden innerhalb eines überblickbaren Zeitraumes schaffen zu können. Auch diese Frist verfolgt den bereits zu den anderen Fristen des Art 7 genannten Zweck. Auch die in Artikel 7 Punkt 7, AUVB 1995 genannte Vierjahresfrist ist insofern eine Ausschlussfrist, weil ein allenfalls von der Erstbemessung abweichender Invaliditätsgrad nur dann zu bemessen und zu berücksichtigen ist, wenn dies bis zu vier Jahre ab dem Unfalltag vom Versicherten oder den Versicherer begehrt wird. Beide Parteien sollen innerhalb dieser Frist Klarheit über den Grad der Invalidität erlangen können, um letztlich Beweisschwierigkeiten zu vermeiden und Rechtssicherheit und Rechtsfrieden innerhalb eines überblickbaren Zeitraumes schaffen zu können. Auch diese Frist verfolgt den bereits zu den anderen Fristen des Artikel 7, genannten Zweck.

Die Bestimmung ist im Sinnzusammenhang bei der Regelung des Begriffes der dauernden Invalidität aufgenommen, die hier zu vermuten ist.

Objektiv ungewöhnlich nach § 864a ABGB ist ein Vertragsinhalt nur dann, wenn er von den Erwartungen des Vertragspartners deutlich abweicht und er mit ihm nach den Umständen vernünftigerweise nicht zu rechnen brauchte. Der Klausel muss also ein Überraschungseffekt oder Überraschungseffekt innewohnen. Insbesondere dann, wenn nur ein beschränkter Adressatenkreis angesprochen wird, kommt es auf die Branchenüblichkeit und den Erwartungshorizont der angesprochenen Kreise an (RIS-Justiz RS0014646). Gegen die für die Art des Rechtsgeschäftes typischen Vertragsbestimmungen kann auch ein unerfahrener Vertragspartner nicht ins Treffen führen, er sei von ihnen überrascht worden (RIS-Justiz RS0014610). Die Ungewöhnlichkeit eines Inhaltes ist nach dem Gesetzestext objektiv zu verstehen (RIS-Justiz RS0014627). Objektiv ungewöhnlich nach Paragraph 864 a, ABGB ist ein Vertragsinhalt nur dann, wenn er von den Erwartungen des Vertragspartners deutlich abweicht und er mit ihm nach den Umständen vernünftigerweise nicht zu rechnen brauchte. Der Klausel muss also ein Überraschungseffekt oder Überraschungseffekt innewohnen. Insbesondere dann, wenn nur ein beschränkter Adressatenkreis angesprochen wird, kommt es auf die Branchenüblichkeit und den Erwartungshorizont der angesprochenen Kreise an (RIS-Justiz RS0014646). Gegen die für die Art des Rechtsgeschäftes typischen Vertragsbestimmungen kann auch ein unerfahrener Vertragspartner nicht ins Treffen führen, er sei von ihnen überrascht worden (RIS-Justiz RS0014610). Die Ungewöhnlichkeit eines Inhaltes ist nach dem Gesetzestext objektiv zu verstehen (RIS-Justiz RS0014627).

Wie bereits dargelegt wurde, hat ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer grundsätzlich mit Risikoausschlüssen und -einschränkungen zu rechnen und kann nicht jedenfalls erwarten, dass alle Änderungen des Gesundheitszustandes bis zu seinem Lebensende gedeckt sind. Dieses Risiko wäre für die Versicherer kaum überschaubar. Die Bestimmung des Art 7 AUVB 1995 ist sohin nicht schlichtweg ungewöhnlich im Sinn von § 864a ABGB. Wie bereits dargelegt wurde, hat ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer grundsätzlich mit Risikoausschlüssen und -einschränkungen zu rechnen und kann nicht jedenfalls erwarten, dass alle Änderungen des Gesundheitszustandes bis zu seinem Lebensende gedeckt sind. Dieses Risiko wäre für die Versicherer kaum überschaubar. Die Bestimmung des Artikel 7, AUVB 1995 ist sohin nicht schlichtweg ungewöhnlich im Sinn von Paragraph 864 a, ABGB.

Im Übrigen ist die Bestimmung auch für den Versicherungsnehmer nicht gröblich benachteiligend nach § 879 Abs 3 ABGB, weil sie (im Gegensatz zu früheren Bedingungen) nunmehr sowohl für den Versicherungsnehmer als auch für den Versicherer gleichermaßen gilt. Sie bewirkt, dass bis zu einem bestimmten Stichtag der Antrag auf Neubemessung zur Feststellung des endgültigen Invaliditätsgrades zu stellen ist und dass spätere Änderungen weder zum Vorteil noch zum Nachteil eines der Beteiligten wirken sollen. Maßgeblich für die Beurteilung der Nachteiligkeit ist der Zeitpunkt des Vertragsabschlusses (RIS-Justiz RS0017936). Zu diesem Zeitpunkt betrachtet werden, worauf schon die Vorinstanzen hingewiesen haben, beide Parteien gleich behandelt. Die Bestimmung kann zum Vorteil oder Nachteil beider Parteien wirken, je nach dem, ob sich der Gesundheitszustand nach dem Stichtag verbessert oder verschlechtert. Frühestens im Schadensfall kann allenfalls beurteilt werden, zu wessen Lasten sich die Klausel im Einzelfall bei konkreten Unfallfolgen auswirkt. Im Übrigen ist die Bestimmung auch für den Versicherungsnehmer nicht gröblich benachteiligend nach Paragraph 879, Absatz 3, ABGB, weil sie (im Gegensatz zu früheren Bedingungen) nunmehr sowohl für den Versicherungsnehmer als auch für den Versicherer gleichermaßen gilt. Sie bewirkt, dass bis zu einem bestimmten Stichtag der Antrag auf Neubemessung zur Feststellung des endgültigen Invaliditätsgrades zu stellen ist und dass spätere Änderungen weder zum Vorteil noch zum Nachteil eines der Beteiligten wirken sollen. Maßgeblich für die Beurteilung der Nachteiligkeit ist der Zeitpunkt des Vertragsabschlusses (RIS-Justiz RS0017936). Zu diesem Zeitpunkt betrachtet werden, worauf schon die Vorinstanzen hingewiesen haben, beide Parteien gleich behandelt. Die Bestimmung kann zum Vorteil oder Nachteil beider Parteien wirken, je nach dem, ob sich der Gesundheitszustand nach dem Stichtag verbessert oder verschlechtert. Frühestens im Schadensfall kann allenfalls beurteilt werden, zu wessen Lasten sich die Klausel im Einzelfall bei konkreten Unfallfolgen auswirkt.

Die durch die Ausschlussfrist bewirkte Risikobeschränkung ist wirksam. Der Kläger hat den Antrag auf Neubemessung nicht innerhalb der Ausschlussfrist gestellt. Die Vorinstanzen haben das Klagebegehren zu Recht abgewiesen.

Die Kostenentscheidung gründet sich auf § 50, 41 ZPO. Die Kostenentscheidung gründet sich auf Paragraph 50,, 41 ZPO.

**Textnummer**

E84370

**European Case Law Identifier (ECLI)**

ECLI:AT:OGH0002:2007:0070OB00063.07A.0530.000

**Im RIS seit**

29.06.2007

**Zuletzt aktualisiert am**

04.12.2012

**Quelle:** Oberster Gerichtshof (und OLG, LG, BG) OGH, <http://www.ogh.gv.at>

© 2025 JUSLINE

JUSLINE® ist eine Marke der ADVOKAT Unternehmensberatung Greiter & Greiter GmbH.

[www.jusline.at](http://www.jusline.at)