DOMSTOLENS DOM (Sjette Afdeling)
24. oktober 1996 *

I sag C-76/95,

Kommissionen for De Europæiske Fællesskaber ved Julian Currall, Kommissionens Juridiske Tjeneste, som befuldmægtiget, bistået af advokat Jean-Luc Fagnart, Bruxelles, og med valgt adresse i Luxembourg hos Carlos Gómez de la Cruz, Kommissionens Juridiske Tjeneste, Wagner-Centret, Kirchberg,

sagsøger,

mod

Royale belge SA, der handler på egne vegne og som mandatar for forsikringsselskaberne Assurances Générales de France SA, Caisse nationale de Prévoyance, Mutuelles du Mans, Assurantie van de Belgische Boerenbond SA, Hannover SA, Securitas AG og Condor, ved advokat François van der Mensbrugghe, Bruxelles, og med valgt adresse i Luxembourg hos advokat Albert Wildgen, 6, rue Zithe,

sagsøgte,

angående en påstand om, at de sagsøgte forsikringsselskaber betaler det beløb, som Kommissionen skylder eller måtte komme til at skylde i henhold til artikel 73 i vedtægten for tjenestemænd i De Europæiske Fællesskaber til en af sine tjenestemænd, der er ramt af en erhvervssygdom,

har

* Processprog: fransk.

DOMSTOLEN (Sjette Afdeling)

sammensat af afdelingsformanden, G. F. Mancini, og dommerne C. N. Kakouris og P. J. G. Kapteyn (refererende dommer),

generaladvokat: A. La Pergola
justitssekretær: assisterende justitssekretær H. von Holstein,

på grundlag af den refererende dommers rapport,

og efter at generaladvokaten har fremsat forslag til afgørelse den 14. marts 1996,

afsagt følgende

Dom

1 Ved stævning indleveret til Domstolens Justitskontor den 13. marts 1995 har Kommissionen for De Europæiske Fællesskaber i henhold til en i medfør af EF-traktatens artikel 181 aftalt voldgiftsbestemmelse anlagt sag med påstand om, at sagsøgte, Royale belge SA, der handler på egne vegne og som mandatar for syv andre forsikringsgivere, nemlig Assurances Générales de France SA, Caisse nationale de Prévoyance, Mutuelles du Mans, Assurantie van de Belgische Boerenbond SA, Hannover SA, Securitas AG og Condor, der alle er parter i en med De Europæiske Fællesskabers institutioner indgået gruppeforsikringsaftale (herefter »forsikringsgiverne«), betaler et beløb, som Kommissionen skylder eller måtte komme til at skylde i henhold til artikel 73 i vedtægten for tjenestemænd i De Europæiske Fællesskaber (herefter »vedtægten«) til en af sine tjenestemænd, der er ramt af en erhvervssygdom. Kommissionen har også nedlagt påstand om betaling af morarenter fra den 6. maj 1994, på hvilken dato der blev tilstillet forsikringsgiverne en betalingsopfordring.

De relevante retsregler

2 En tjenestemand er i henhold til vedtægtens artikel 73, stk. 1, sikret mod risiko for erhvervssygdomme og ulykker under de betingelser, der er fastsat i henhold til en af Fællesskabets institutioner efter fælles aftale vedtaget ordning. Ifølge samme artikels stk. 2, litra b), er de garanterede ydelser i tilfælde af vedvarende, total invaliditet udbetaling til den pågældende af et engangsbeløb, der er lig med hans årlige grundløn multipliceret med otte, udregnet på grundlag af tjenestemandens månedsløn i de sidste tolv måneder forud for ulykken.

3 I artikel 12, stk. 1, i den i vedtægtens artikel 73 omhandlede ordning om dækning af risikoen for ulykker og erhvervssygdomme hos tjenestemænd ved De Europæiske Fællesskaber (herefter »ordningen«) er det bestemt, at i tilfælde af tjenestemandens vedvarende, totale invaliditet som følge af en ulykke eller erhvervssygdom, udbetales der ham det i vedtægtens artikel 73, stk. 2, litra b), fastsatte beløb.

4 Ifølge ordningens artikel 14 ydes der erstatning til tjenestemanden for enhver varig beskadigelse eller misdannelse, der, selv om den ikke påvirker tjenestemandens arbejdsevne, skader hans fysiske integritet og forvolder faktisk skade på hans forhold til omverdenen. Erstatningen beregnes ved en analog anvendelse af satserne i de i artikel 12 nævnte invaliditetstabeller.

5 De nævnte satser er angivet i bilaget til ordningen, der bærer overskriften »Tabel over de satser for vedvarende, delvis invaliditet, der er omhandlet i artikel 12, stk. 2, i ordningen ...«. I sidste afsnit i bilaget hedder det: »Den samlede erstatning, som følger af flere invaliditeter, der skyldes samme ulykke, beregnes ved sammenlægning, men kan hverken overstige det beløb, som er sikret ved vedvarende og total invaliditet eller det forholdsmæssige beløb, som er sikret ved totalt tab af brugen af det læderede lem eller organ.«

6 Efter ordningens artikel 17, stk. 1, skal den tjenestemand, der anmoder om, at ordningen finder anvendelse på ham på grund af en erhvervssygdom, udfærdige en anmeldelse til administrationen i den institution, som han tilhører. Efter samme artikels stk. 2 iværksætter administrationen dernæst en undersøgelse med henblik på at tilvejebringe alle oplysninger om lidelsens art, hvorvidt den er af erhvervsmæssig oprindelse, og omstændighederne ved dens opståen. På grundlag af den undersøgelsesrapport, der udarbejdes, afgiver den eller de af institutionerne udpegede læger deres konklusioner, jf. ordningens artikel 19.

7 Nævnte artikel 19 bestemmer, at afgørelser om anerkendelse af en sygdoms erhvervsmæssige oprindelse samt om fastsættelse af grad for vedvarende invaliditet træffes af ansættelsesmyndigheden i henhold til den i artikel 21 fastsatte procedure på grundlag af de konklusioner, som er afgivet af den eller de af institutionerne udpegede læger, og, hvis tjenestemanden anmoder herom, efter høring af det i artikel 23 fastsatte lægeudvalg.

8 Ifølge ordningens artikel 21 skal ansættelsesmyndigheden inden den træffer afgørelse i henhold til artikel 19, give meddelelse til tjenestemanden om udkastet til nævnte afgørelse, ledsaget af de konklusioner, som er afgivet af den eller de af institutionen udpegede læger. Tjenestemanden kan inden for 60 dage anmode om, at det i artikel 23 fastsatte lægeudvalg afgiver udtalelse. Såfremt der ved denne frists udløb ikke er indgivet anmodning om en udtalelse fra lægeudvalget, træffer ansættelsesmyndigheden afgørelse i overensstemmelse med det meddelte udkast hertil.

Gruppeforsikringsaftalen

9 Forsikringsgiverne har med Fællesskaberne indgået »Aftale om gruppeforsikring mod ulykker og erhvervssygdomme« af 28. januar 1977 (herefter »aftalen«) og har herved påtaget sig på de i aftalen fastsatte vilkår at dække de økonomiske følger af de vedtægtsmæssige forpligtelser, som Fællesskaberne har påtaget sig i forbindelse

med ulykker og erhvervssygdomme, der kan ramme personer omfattet af vedtægtens artikel 73, og den i medfør af denne bestemmelse vedtagne ordning. Det er Fællesskaberne, der er dækket af forsikringen, og som alene er ydelsesberettigede i henhold til aftalen, og forsikringsgiverne skal til dem udbetale de ydelser såvel i forsikringsbeløb som i morarenter, der resulterer af anvendelsen af bestemmelserne i de nævnte regelsæt (aftalens artikel 1).

10 Efter aftalens artikel 3, stk. 1, fastlægger Fællesskabernes kompetente administrative myndigheder i fællesskab med forsikringsgiverne de bestemmelser af praktisk art, der vedrører indtrådte ulykker og erhvervssygdomme og behandlingen af forsikringssagerne, for derigennem at gøre det muligt for forsikringsgiverne at følge udviklingen i de enkelte tilfælde og lette dem adgangen til at gøre regres mod ansvarlige tredjemænd og muliggøre dannelsen af de reserver, som de efter loven om tilsyn med forsikringsvirksomhed har pligt til at råde over. Efter aftalens artikel 3, stk. 3, skal forsikringsgiverne i henhold til de praktiske i artikel 3, stk. 1, fastlagte bestemmelser høres vedrørende afgørelser, der kan føre til udbetaling af forsikringsbeløb (udgifter i anledning af sygdomme/invaliditet/død), før endelig afgørelse træffes, og før afgørelserne af den kompetente fællesskabsmyndighed meddeles de berørte.

11 Aftalens artikel 5 indeholder følgende bestemmelse:

»Enhver tvist vedrørende gennemførelsen af denne aftale og dens bilag kan forelægges De Europæiske Fællesskabers Domstol, såfremt der ikke opnås en mindelig ordning.

Forsikringsgiverne afstår dog fra at benytte dette retsmiddel i tvister vedrørende helbredsspørgsmål, når ansættelsesmyndighedens afgørelse om udbetaling af økonomiske ydelser til de skadelidte eller de ydelsesberettigede er i overensstemmelse med den udtalelse, forsikringsgivernes sagkyndige forinden har afgivet, eller med den udtalelse, som er afgivet af det lægeudvalg, der er nævnt i artikel 23 i den i artikel 1.1 omhandlede ordning, når forsikringsgivernes sagkyndige selv som læge

har været medlem af dette udvalg; i så fald godtgør forsikringsgiverne Fællesskaberne fuldt ud de beløb, disse har udbetalt til de skadelidte eller de ydelsesberettigede i henhold til nævnte afgørelse fra ansættelsesmyndigheden ...«

12 Efter aftalens artikel 10, stk. 2, er SA J. Van Breda & Co. International (herefter »Van Breda«) blevet udpeget som mellemmand.

13 Ved skrivelse af 27. januar 1989 fra Van Breda til De Europæiske Fællesskaber (herefter »skrivelsen af 27. januar 1989«) bekræftes det, at der i henhold til aftalen er opnået enighed mellem forsikringsgiverne og De Europæiske Fællesskaber om den procedure, der skal følges vedrørende ulykker og erhvervssygdomme, der indtræder fra den 1. februar 1989.

14 Ifølge punkt I i denne skrivelse, der bærer overskriften »Udpegelse af læger«, aftales det, at den af ansættelsesmyndigheden udpegede og af forsikringsgiverne godkendte læge udfører sin virksomhed som sagkyndig i den gældende aftales artikel 5's forstand, og at denne læge ikke kan være institutionens rådgivende læge. I samme punkt I tilføjes det, at når ansættelsesmyndighedens afgørelser træffes i overensstemmelse med den af ansættelsesmyndigheden udpegede og af forsikringsgiverne godkendte læges udtalelse, kan forsikringsgiverne ikke anfægte dem ad rettens vej i henhold til aftalens artikel 5, såfremt forsikringsgiverne i henhold til de procedureregler, der er fastlagt i skrivelsens punkt II, har erklæret sig enig i disse afgørelser.

15 Ifølge punkt II i skrivelsen af 27. januar 1989, der har overskriften »Udkast til afgørelse — forhåndsunderretning til forsikringsgiverne — svarfrist«, godkender eller forkaster forsikringsgiverne udkast til afgørelse, som de ifølge aftalens artikel 3, stk. 3, forinden er blevet hørt om, snarest muligt efter, at de har modtaget udkastet.

16 Punkt II i skrivelsen indeholder desuden følgende bestemmelser:

»a) — forsikringsgiverne bestræber sig på at meddele deres accept eller eventuelt deres afvisning af udkastet til afgørelse senest en måned efter, at udkastet til afgørelse er blevet forelagt mægleren til udtalelse.

— Når forsikringsgiverne efter mere end en måneds forløb ikke har meddelt deres accept eller eventuelt deres afvisning, meddeler de ansættelsesmyndigheden grunden hertil (f.eks.: anmodning fra dem til lægen om yderligere oplysninger, afventning af udfaldet af en straffesag, som de har foranlediget rejst, osv.) og fristen forlænges med en måned.

— Når forsikringsgiverne konstaterer, at de ikke er i stand til at give deres accept eller eventuelt deres afvisning før udløbet af den nye frist, foreslår de ansættelsesmyndigheden og mægleren, at der indledes en samrådsprocedure med henblik på at fastlægge reglerne for sagens fortsatte behandling og den frist, der herefter skal gælde; denne kan ikke overstige fire måneder.

b) Den af ansættelsesmyndigheden udpegede og af forsikringsgiverne godkendte læge tilstiller institutionen og forsikringsgiverne sin udtalelse samtidig.«

Faktiske omstændigheder

17 Den 26. november 1990 indgav X, der er tjenestemand i Kommissionen ved De Europæiske Fællesskaber, en ansøgning om, at to sygdomme, som han havde pådraget sig under sin tjeneste i De Europæiske Fællesskaber, blev anerkendt som erhvervssygdomme. Der var tale om en lungecancer og en kronisk astmatisk

bronkitis. Han angav, at disse sygdomme skyldtes, at han havde været udsat for asbest i Berlaymont-bygningen i Bruxelles.

18 Den 21. maj 1991 tilstillede administrationen, der lod gennemføre en undersøgelse, ansøgningen og andre dertil hørende dokumenter til Van Breda. Den 6. juni 1991 anmodede institutionen Van Breda om at meddele den navnet på den læge, som forsikringsgiverne ønskede skulle undersøge X. Van Breda meddelte den 3. juli 1991, at denne var doktor Dalem. Efter anmodning fra denne læge, der også var den af institutionen udpegede læge, anmodede institutionen professor Bartsch om at gennemføre en lægeundersøgelse.

19 Sidstnævnte nåede i sin erklæring af 3. februar 1992 til det resultat, at X ikke led af en erhvervssygdom. På baggrund af denne lægeerklæring afgav doktor Dalem den 14. februar 1992 en erklæring, hvorefter der ikke forelå en erhvervssygdom.

20 På grundlag af de resultater, den udpegede læge var nået til, meddelte ansættelsesmyndigheden den 17. februar 1992 X et udkast til afgørelse om afvisning af hans ansøgning om anerkendelse af en erhvervssygdom. Den 23. februar 1992 anmodede X om, at lægeudvalget afgav udtalelse og valgte doktor Cognigni til at repræsentere sig i udvalget. Ansættelsesmyndigheden udpegede på sin side efter forslag fra forsikringsgiverne professor Brochard. Disse to læger udpegede efter fælles overenskomst professor Maltoni.

21 Den 25. februar 1994 udfærdigede og vedtog lægeudvalgets flertal (doktor Cognigni og professor Maltoni på den ene side og professor Brochard på den anden side) en erklæring. Denne konkluderede, at den lungecancer, som X led af, udgjorde en erhvervssygdom. Endvidere blev invaliditetsgraden fastsat til 100%, og der blev på grundlag af ordningens artikel 14 tilkendt X en erstatning på 30% for varige symptomer og alvorlige psykiske forstyrrelser. Professor Brochard gav udtryk for sit afvigende synspunkt i en mindretalserklæring af samme dato. Han anførte, at selv om diagnosen bronkiecancer ikke kunne udelukkes, var den konstaterede fibrose ikke en asbestose. Endvidere kunne X's erhvervsudøvelse ikke

efter mindretalserklæringen være den afgørende eller vigtigste årsag til hans sygdom.

22 Den 1. marts 1994 sendte professor Maltoni lægeudvalgets erklæring til institutionen. I den medfølgende skrivelse oplyste han, at den lægelige vurdering udelukkende var baseret på kliniske og videnskabelige oplysninger. Han opfordrede institutionen til at kontakte ham, hvis den havde brug for andre oplysninger vedrørende detailspørgsmål i erklæringen. Professor Brochard sendte sin mindretalserklæring til institutionen den 3. marts 1994. Institutionen sendte de to erklæringer henholdsvis den 10. og den 18. marts 1994 til Van Breda, som tilstillede forsikringsgiverne dem.

23 Ved skrivelse af 23. marts 1994 oplyste Van Breda over for institutionen, at forsikringsgiverne navnlig undersøgte sagens dokumenter ud fra lægelige synspunkter. Ved skrivelse af 29. marts 1994 meddelte selskabet så, at forsikringsgiverne ønskede at rette forskellige andre spørgsmål til lægeudvalgets medlemmer. I skrivelse af 8. april 1994 angav det endeligt de forskellige punkter, som forsikringsgiverne ønskede på ny at stille spørgsmål til medlemmerne af lægeudvalget om. Ifølge denne skrivelse ønskede forsikringsgiverne at indhente en udtalelse fra en kollega til doktor Dalem for at få de andre spørgsmål, der skulle danne grundlag for, at sagen eventuelt på ny blev forelagt lægeudvalget, meget præcist formuleret. I de sidstnævnte to skrivelser anførte Van Breda desuden, at den i skrivelsen af 27. januar 1989 nævnte frist, der var blevet forlænget med en måned, var begyndt at løbe den 29. marts 1994 og ville udløbe den 29. april 1994.

24 Ved skrivelse af 15. april 1994 meddelte ansættelsesmyndigheden X lægeudvalgets konklusioner. I skrivelsen udtaltes det, at ansættelsesmyndigheden var i stand til for hans tilfælde »at anerkende en vedvarende, total invaliditet på 130%, og at der på det nuværende trin i sagen er tale om en endelig afgørelse af de spørgsmål af lægelig art, som anerkendelsen af Deres erhvervssygdom har givet anledning til«. Den 22. april 1994 blev et beløb på 25 794 194 BFR udbetalt til X.

25 Ved skrivelse af 6. maj 1994 meddelte Kommissionen Van Breda, at den i overensstemmelse med lægeudvalgets flertalsafgørelse havde udbetalt ovennævnte beløb til X. Den anførte, at forsikringsgivernes afvisning af at godkende lægeudvalgets afgørelse samt deres fastholden ved ønsket om at stille nye spørgsmål til nævnte udvalg virkede som et forsøg fra forsikringsgivernes side på at unddrage sig forpligtelsen til at godtgøre dette beløb, som påhviler dem i henhold til aftalen. Kommissionen anførte i denne skrivelse desuden, at den ønskede at gøre et krav på renter fra den 6. maj 1994 af det til X udbetalte beløb gældende over for forsikringsgiverne.

26 Ved skrivelse af 28. juli 1994 til Van Breda fastslog Kommissionen, idet den fremhævede, at den aldrig udtrykkeligt havde afslået forsikringsgivernes anmodning om at udspørge lægeudvalgets medlemmer på ny, at forsikringsgiverne, da de ikke havde meddelt de andre spørgsmål, de ønskede at stille, havde frafaldet ønsket om at forelægge sagen for lægeudvalget og altså havde tiltrådt de konklusioner dette var nået til.

27 Ved skrivelse af 12. august 1994 svarede Van Breda, at forsikringsgiverne allerede fra begyndelsen af juni 1994 havde haft forskellige spørgsmål af teknisk art, som de fandt det nødvendigt at forelægge lægeudvalget. Kommissionens afgørelse om for X at anerkende en invaliditetsgrad for vedvarende, total invaliditet på 130% og om at udbetale det dertil svarende engangsbeløb havde imidlertid gjort fremsendelsen af disse spørgsmål til lægeudvalget uaktuelt.

28 Ved skrivelse af 16. september 1994 svarede Kommissionen, at ansættelsesmyndighedens afgørelse af 15. april 1994 og udbetalingen af engangsbeløbet til X ikke på nogen måde forhindrede forsikringsgiverne i at stille alle de andre spørgsmål, de fandt nødvendige, før de traf afgørelse med hensyn til godtgørelsen af engangsbeløbet.

29 Ved skrivelse af 13. oktober 1994 meddelte Van Breda, at forsikringsgiverne ikke var i stand til at imødekomme anmodningen om godtgørelse. Kommissionen besluttede derefter at anlægge nærværende sag.

Parternes påstande

30 Kommissionen har nedlagt følgende påstande:

— Forsikringsgiverne tilpligtes at betale det engangsbeløb, som Kommissionen er eller måtte blive skyldig til X i medfør af artikel 73 i vedtægten.

— Forsikringsgiverne tilpligtes at betale morarenter fra den 6. maj 1994, dvs. datoen for Kommissionens betalingsopfordring.

— Forsikringsgiverne tilpligtes at betale sagens omkostninger.

31 Forsikringsgiverne har nedlagt følgende påstande:

Principalt,

— Afvisning eller, i hvert fald, frifindelse.

— Kommissionen tilpligtes at betale alle sagens omkostninger.

Subsidiært,

— Afvisning eller, i hvert fald, frifindelse, for så vidt som Kommissionen har påstået forsikringsgiverne dømt til at godtgøre den et engangsbeløb, der er højere end det maksimale beløb på 100%, der skyldes i tilfælde af vedvarende, total invaliditet.

— Spørgsmålet om sagens omkostninger afgøres efter gældende ret.

Formaliteten

32 Det af forsikringsgiverne fremførte anbringende om afvisning af sagen skal forkastes, idet dette anbringende ikke støttes på oplysninger, der fremgår af sagen, og hvorefter det kan anerkendes.

Realiteten

33 Kommissionen har til støtte for påstanden om godtgørelse påberåbt sig aftalens artikel 5, stk. 2, hvorefter forsikringsgiverne, når ansættelsesmyndighedens afgørelse om at udbetale pengeydelser til den tjenestemand, som har været offer for en ulykke eller erhvervssygdom eller til de ydelsesberettigede, er i overensstemmelse med den af lægeudvalget afgivne udtalelse og den af forsikringsgiverne udpegede sagkyndige som læge har været medlem af dette udvalg, er forpligtet til fuldt ud at godtgøre Fællesskaberne de beløb, disse har udbetalt til den ramte eller de ydelsesberettigede på grundlag af ansættelsesmyndighedens afgørelse.

34 Ifølge Kommissionen fremgår det af den klare formulering af denne bestemmelse, at forsikringsgiverne ikke kan fremføre grunde af nogen art for deres afvisning af at godtgøre det til X udbetalte beløb, når de i denne bestemmelse fastsatte betin-

gelser er opfyldt. Og det er de i det foreliggende tilfælde: Engangsbeløbet er udbetalt i henhold til en af ansættelsesmyndigheden truffen afgørelse, der var i overensstemmelse med lægeudvalgets udtalelse, og ét af dette udvalgs medlemmer var forsikringsgivernes sagkyndige. Forsikringsgiverne kan ikke, når de ikke selv har anlagt sag ved Domstolen, bygge på sondringen mellem tvister vedrørende »lægelige spørgsmål« og »tvister vedrørende retlige spørgsmål«, som opstilles i nævnte bestemmelse, og således begrunde deres vægring ved at imødekomme anmodningen om godtgørelse med retlige synspunkter.

35 Forsikringsgiverne har på deres side gjort gældende, at aftalens artikel 5, stk. 2, overhovedet ikke har nogen relevans i den foreliggende sag, der drejer sig om rent retlige spørgsmål. De har begrundet deres afvisning af at godtgøre beløbet med tre retlige anbringender. For det første satte Kommissionen sig, med vedtagelsen af afgørelsen af 15. april 1994 om at udbetale ydelser til X, ud over sine kontraktlige forpligtelser derved, at den ikke overholdt den i aftalen og i skrivelsen af 27. januar 1989 fastlagte procedure. For det andet er lægeudvalgets erklæring behæftet med fejl, hvorved også Kommissionens på denne erklæring grundede afgørelse om at betale ydelserne til X bliver fejlagtig. For det tredje, og subsidiært, kunne de samlede ydelser til X ikke under nogen omstændigheder overstige 100%.

36 Det skal først fastslås, at afgørelsen i ansættelsesmyndighedens skrivelse af 15. april 1994 er i overensstemmelse med lægeudvalgets udtalelse, og at forsikringsgivernes sagkyndige læge var medlem af dette udvalg.

37 Forsikringsgiverne kan imidlertid altid — selv om Kommissionen bestrider dette — fremføre retlige indsigelser mod udbetalingen af det beløb på 25 794 194 BFR, som Kommissionen udbetalte til X i henhold til afgørelsen af 15. april 1994, hvori det anerkendtes, at X's invaliditet var af erhvervsmæssig karakter.

38 Aftalens artikel 5, stk. 2, om tvister vedrørende lægelige spørgsmål udgør således en undtagelse fra hovedreglen i artiklens stk. 1, hvorefter enhver tvist vedrørende gennemførelsen af denne aftale og dens bilag kan forelægges for De Europæiske Fællesskabers Domstol, såfremt der ikke opnås en mindelig ordning.

39 Heraf følger, at forsikringsgiverne, da de kun har givet afkald på en domstolsafgørelse af tvister vedrørende lægelige spørgsmål, altid kan gøre gældende, at der ikke består en pligt til godtgørelse under påberåbelse af anbringender, der ikke vedrører lægelige spørgsmål, selv om de i præmis 36 nævnte betingelser, som det er tilfældet i den foreliggende sag, er opfyldt.

40 Sondringen mellem »tvister vedrørende lægelige spørgsmål« og »tvister vedrørende retlige spørgsmål« er altså, selv om Kommissionen bestrider det, relevant i den foreliggende sag uden hensyn til, hvilken part der indbringer sagen for Domstolen. Det er nemlig udelukket, at det har været de kontraherende parters hensigt at give forsikringsgiverne adgang til under en tvist for Domstolen som sagsøgte at fremføre anbringender af lægelig art, hvis de ikke har adgang hertil, såfremt de er sagsøgere.

41 Der må derfor tages stilling til de tre anbringender, forsikringsgiverne har fremført til støtte for deres nægtelse af godtgørelsen.

42 Indledningsvis bemærkes det, at formålet med aftalen efter dens artikel 1 er på de deri fastsatte betingelser at dække de økonomiske følger af vedtægtsmæssige forpligtelser, som Fællesskaberne har påtaget sig i forbindelse med ulykker og erhvervssygdomme, der kan ramme personer, omfattet af vedtægtens artikel 73 og den i medfør af denne bestemmelse vedtagne ordning (herefter »de vedtægtsmæssige forpligtelser«).

43 I den forbindelse skal det først fastlås, at aftalens bestemmelser ikke på nogen måde kan have betydning for en institutions vedtægtsmæssige forpligtelser over for dens tjenestemænd.

44 Forsikringsgiverne har ganske vist kun forpligtet sig til at dække de økonomiske følger af de vedtægtsmæssige forpligtelser på de i aftalen fastlagte betingelser, og det er således ikke udelukket, at en institutions mulighed for at opnå godtgørelse hos forsikringsgiverne af beløb, den skylder i henhold til sine vedtægtsmæssige forpligtelser, begrænses af disse betingelser.

45 Af Domstolens praksis fremgår det imidlertid, at det ikke kan anerkendes, at forpligtelser for forsikringsgiverne træder i stedet for de vedtægtsmæssige forpligtelser med den følge, at tjenestemændene berøves de særlige garantier, der er tilsikret dem ved vedtægten (jf. på linje hermed Domstolens dom af 16.6.1971, sag 18/70, Duraffour mod Rådet, Sml. 1971, s. 143, org. ref.: Rec. s. 515, præmis 15, og dom af 16.3.1978, 115/76, Leonardini mod Kommissionen, Sml. s. 735, præmis 11).

46 Det bemærkes dernæst, at aftalen, som for så vidt angår de økonomiske risici, som forsikringsgiverne har påtaget sig at dække, henviser til Fællesskabernes vedtægtsmæssige forpligtelser, skal fortolkes i lyset af vedtægtens artikel 73 og den ordning, hvori disse forpligtelser fastlægges, i det omfang en sådan fortolkning ikke er udelukket ved aftalens bestemmelser.

47 De tre af forsikringsgiverne fremførte anbringender skal vurderes i lyset af disse betragtninger.

Den påståede tilsidesættelse af den i aftalen fastlagte procedure

48 Forsikringsgiverne har først og fremmest rejst kritik af, at Kommissionen som ansættelsesmyndighed vedtog afgørelsen af 15. april 1994 uden at følge de bestemmelser, der er fastlagt i aftalen og navnlig i dennes artikel 3, stk. 1 og 3, eller de procedurer og praktiske bestemmelser, der er angivet i skrivelsen af 27. januar 1989.

49 Kommissionen har i strid med disse regler og procedurer undladt at tilstille forsikringsgiverne afgørelsen i udkast, før den blev truffet. Den gav desuden X meddelelse om afgørelsen allerede den 15. april 1994 og gennemførte den derefter uden forinden at have givet forsikringsgiverne meddelelse herom.

50 Efter denne argumentation er det nødvendigt at afgøre, om og i hvilken udstrækning, aftalens artikel 3, stk. 1 og 3, samt den i skrivelsen af 27. januar 1989 omtalte procedure skal finde anvendelse i det foreliggende tilfælde.

51 Det er ubestridt, at Kommissionen opfyldte sin forpligtelse i henhold til artikel 3, stk. 1, til at meddele forsikringsgiverne de oplysninger, ved hjælp af hvilke de kunne følge sagens udvikling.

52 Forsikringsgiverne gør omvendt gældende, at Kommissionen har tilsidesat sin forpligtelse ifølge aftalens artikel 3, stk. 3, til at fremsende et udkast til afgørelse på grundlag af lægeudvalgets erklæring af 25. februar 1994 i overensstemmelse med den procedure, der var blevet aftalt i skrivelsen af 27. januar 1989.

53 Forsikringsgiverne støtter dette synspunkt på en fejlagtig fortolkning af bestemmelserne i aftalen og skrivelsen af 27. januar 1989.

54 For det følger af ordene såvel i punkt I som punkt II, litra a), andet led, samt punkt II, litra b), i denne skrivelse, at det dér nævnte udkast til afgørelse er det udkast, som ansættelsesmyndigheden udarbejdede på grundlag af de konklusioner, som den af den udpegede og af forsikringsgiverne godkendte læge var nået til.

55 Til støtte for denne fortolkning kan der henvises til gangen i den i ordningens artikel 19 og 21 fastlagte procedure.

56 Det fremgår af artikel 19, at afgørelser vedrørende en sygdoms erhvervsmæssige oprindelse træffes af ansættelsesmyndigheden på grundlag af de konklusioner, som den eller de af institutionerne udpegede læger er nået til — og hvis tjenestemanden anmoder herom — efter høring af et lægeudvalg.

57 Det er kun med henblik på den første af disse muligheder, at der i artikel 21 henvises til et udkast til afgørelse, som ansættelsesmyndigheden, inden den træffer afgørelse i henhold til artikel 19, skal give meddelelse om til tjenestemanden, for at denne inden for 60 dage eventuelt kan anmode om, at et lægeudvalg afgiver en udtalelse, som kan tilstilles forsikringsgiverne med henblik på en stillingtagen, og, såfremt de ikke kan tiltræde udtalelsen, udgøre genstanden for det i punkt II i skrivelsen af 27. januar 1989 fastsatte samråd.

58 Når der derimod er tale om virksomheden i lægeudvalget, hvis rent lægelige afgørelser, når de er blevet til på forskriftsmæssig måde, skal anses for definitive og der kan ikke fremsættes indsigelser mod disse, så længe der ikke foreligger nye omstændigheder (jf. bl. a. dom af 12.6.1980, sag 107/79, Schuerer mod Kommissionen, Sml. s. 1845, præmis 10, af 19.1.1988, sag 2/87, Biedermann mod Revisionsretten, Sml. s. 143, præmis 8, og af 18.2.1993, sag T-1/92, Tallarico mod Parlamentet, Sml. II, s. 107, præmis 67), indeholder ordningen ikke bestemmelser om ansættelsesmyndighedens meddelelse af et udkast til afgørelse, som skal træffes på grundlag af dette udvalgs konklusioner.

59 Af det anførte følger, at det i aftalens artikel 3, stk. 3, og skrivelsen af 27. januar 1989 nævnte udkast til afgørelse er det udkast, som ansættelsesmyndigheden udarbejder på grundlag af den eller de af den udpegede lægers konklusioner, og at den deri fastlagte kontraktmæssige procedure ikke finder anvendelse i det foreliggende tilfælde, hvor afgørelsen af 15. april 1994 blev truffet på grundlag af lægeudvalgets udtalelse.

60 Kommissionen kan lige så lidt kritiseres for den 15. april 1994 at have meddelt afgørelsen til den berørte, før den modtog de spørgsmål, som forsikringsgiverne ønskede at stille til lægeudvalget.

61 Kommissionen, der havde tilstillet forsikringsgiverne lægeudvalgets konklusioner den 18. marts 1994, rådede således den 15. april 1994 kun over skrivelsen af 8. april 1994, hvori Van Breda angav de forskellige punkter, som forsikringsgiverne ønskede at stille spørgsmål til lægeudvalgets medlemmer om, og bebudede fremsendelse af et spørgeskema i forbindelse hermed før den 29. april 1994.

62 Kommissionen ville under disse omstændigheder i betragtning af den tid, sagens behandling allerede havde krævet og den berørtes helbredstilstand, have tilsidesat de vedtægtsmæssige forpligtelser, der påhvilede den over for sidstnævnte, såfremt den havde udsat sin afgørelse, indtil spørgeskemaet kom frem, og indtil lægeudvalget eventuelt havde svaret.

63 I øvrigt er vedtagelsen af afgørelsen af 15. april 1994 og udbetalingen af engangsbeløbet til X ingenlunde til hinder for, at sagen fortsat behandles inden for rammerne af de kontraktlige forbindelser mellem forsikringsgiverne og Fællesskaberne eller navnlig for, at forsikringsgiverne bestrider, at der for dem består en pligt til at godtgøre beløbet.

64 På baggrund af det anførte skal forsikringsgivernes første anbringende forkastes.

Eventuelle fejl ved lægeudvalgets erklæring

65 Forsikringsgiverne har for det andet gjort gældende, at lægeudvalgets konklusioner ikke er forskriftsmæssige. Også afgørelsen af 15. april 1994, der bygger på disse konklusioner, er mangelfuld. Kommissionen er herved gået uden for aftalens anvendelsesområde og har forspildt sin ret til at opnå godtgørelse på grundlag af aftalen.

66 Det bemærkes først, at forsikringsgiverne, som det fremgår af aftalens artikel 5, andet afsnit, har givet afkald på at søge sager vedrørende lægelige spørgsmål afgjort ad rettens vej. Da der i aftalen henvises til Fællesskabernes vedtægtsmæssige forpligtelser over for de tjenestemænd, der har været udsat for ulykker og erhvervssygdomme, skal dette afkald fortolkes på baggrund af retspraksis vedrørende Domstolens prøvelse af forskriftsmæssigheden af de udtalelser, lægeudvalgene har afgivet.

67 Ifølge denne praksis kan den retlige prøvelse ved Domstolen ikke udvides til at omfatte de rent lægelige afgørelser, der må anses for definitive, når de er blevet til efter de forskriftsmæssige betingelser herom. Dens prøvelse kan kun omfatte lovligheden af udvalgets nedsættelse og virksomhed samt lovligheden af de udtalelser, det afgiver. Domstolen har herved kompetence til at efterprøve, om udtalelsen indeholder en begrundelse, der gør det muligt at vurdere de betragtninger, som udtalelsens konklusioner er baseret på (dom af 12.1.1983, sag 257/81, K. mod Rådet, Sml. s. 1, præmis 17), og om der er en forståelig sammenhæng mellem de lægelige konstateringer, som er indeholdt i udtalelsen, og den konklusion, som udvalget er nået frem til (dom af 10.12.1987, sag 277/84, Jänsch mod Kommissionen, Sml. s. 4923, præmis 15, og af 27.2.1992, sag T-165/89, Plug mod Kommissionen, Sml. II, s. 367, præmis 75).

68 Anbringender vedrørende forskriftsmæssigheden af lægeudvalgets erklæring af 25. februar 1994 kan følgelig behandles under en sag for Domstolen, der er anlagt i henhold til aftalens artikel 5.

69 Det fremgår imidlertid i det foreliggende tilfælde af sagen, at forsikringsgiverne har haft mulighed for gennem Kommissionen på ny at stille spørgsmål til medlemmerne af lægeudvalget vedrørende visse punkter i betragtningerne og begrundelsen til dettes udtalelse, som efter deres mening kunne kritiseres. De har imidlertid blot meddelt, at de ønskede at benytte denne mulighed, men har ikke fulgt meddelelsen herom op, og har således forspildt muligheden for at få yderligere oplysninger og forklaringer vedrørende de punkter i udtalelsen, som de fandt tvivlsomme eller mangelfulde.

70 På baggrund heraf må Kommissionen retmæssigt kunne stille krav om godtgørelse af det engangsbeløb, der blev udbetalt til X i henhold til dens afgørelse på grundlag af lægeudvalgets erklæring, for så vidt som denne erklæring ikke er behæftet med åbenbare fejl.

71 Det er således under hensyntagen til disse betragtninger, at den kritik i tre punkter, som forsikringsgiverne har fremført af lægeudvalgets erklæring, skal undersøges.

72 Forsikringsgiverne har for det første kritiseret, at den udtalelse, som lægeudvalget vedtog, selv om de tidligere erklæringer både fra doktor Dalem og professor Bartsch samt mindretalserklæringen fra professor Brochard ikke imødegås deri, ikke indeholder forklaringer vedrørende den åbenbare uoverensstemmelse mellem de resultater, den indeholder, og resultaterne i de nævnte erklæringer, selv om disse sidste bygger på videnskabeligt underbyggede og gennemdrøftede overvejelser. Lægeudvalgets konklusioner er derfor utilstrækkeligt begrundede og som følge heraf ulovlige.

73 I den forbindelse skal der først henvises til Domstolens faste praksis, hvorefter lægeudvalgets opgave, der går ud på objektivt og uafhængigt at bedømme lægelige spørgsmål, forudsætter et frit skøn. Det tilkommer derfor lægeudvalget at afgøre, i hvilket omfang der skal tages hensyn til tidligere afgivne lægeerklæringer (den tidligere nævnte dom i sagen Biedermann mod Revisionsretten, præmis 19).

74 I det foreliggende tilfælde fremgår det ikke af lægeudvalgets udtalelse, at det ikke har lagt vægt på de tre sagkyndiges opfattelse. Som anført af generaladvokaten i punkt 28 i forslaget til afgørelse, bekræfter den omstændighed, at professor Brochard selv var medlem af lægeudvalget — hvortil kommer, at denne udtrykkeligt henviser til Kommissionens sagsdokumenter, der indeholder doktor Dalem's og professor Bartsch' opfattelse — Kommissionens opfattelse, hvorefter lægeudvalget tog hensyn til denne læges opfattelse og til de tidligere erklæringer fra de to andre sagkyndige. Det fremgår i øvrigt af sagen, at professor Brochard's mindretalserklæring delvis bygger på de samme grunde som de to andre sagkyndiges erklæringer.

75 Endvidere kan lægeerklæringen ikke kritiseres for ikke at indeholde en forklaring på uoverensstemmelsen mellem de resultater, han nåede frem til, og de andre deltagende sagkyndiges resultater, idet det i redegørelsen i erklæringen under henvisning til laboratorieanalyser anføres, at X lider af en lungebronkiecancer, og at undersøgelsen af pleuro-pulmonalvævet hos ham har vist forekomst af asbestformer i bestemte mængder.

76 Denne kritik kan derfor ikke lægges til grund.

77 Forsikringsgiverne har dernæst gjort gældende, at lægeudvalget ikke tilstrækkeligt har begrundet konstateringen af, at X lider af en sygdom, der er fremkaldt af asbest, for så vidt som udvalget alene har lagt til grund, at der har været tale om udsættelse for asbestfibre og forekomst af sådanne fibre i den ramtes lungevæv, eftersom konstateringen heraf ikke gør det muligt at drage denne slutning.

78 Heller ikke denne indsigelse kan lægges til grund.

79 Det må nemlig fastslås, at lægeudvalget i sin udtalelse er nået til det resultat, at X lider af en lungebronkiecancer og i tilslutning hertil en fibrose, også i septum, som på grundlag af detaljerede oplysninger måtte anses for en erhvervssygdom.

80 Lægeudvalget har givet en fyldestgørende begrundelse for sine resultater, idet det stillede diagnosen lungebronkiecancer på grundlag af resultaterne af en tidligere gennemført undersøgelse samt sin egen fornyede undersøgelse af mikroskopierne, og idet det blandt flere forhold i de detaljerede faktiske omstændigheder byggede på forekomsten af forskellige former for asbest i det pleuro-pulmonale væv samt på udsættelsen for asbest og således drog den konklusion, at den sygdom, X lider af, har en erhvervsmæssig karakter.

81 Forsikringsgiverne gør gældende, at disse konklusioner i lægeudvalget ikke på lægevidenskabens nuværende udviklingstrin kan bygges på de konstateringer, udvalget havde gjort.

82 Spørgsmålene vedrørende en sygdoms opståen er imidlertid i det væsentlige af lægelig art (jf. dom af 4.10.1991, sag C-185/90 P, Kommissionen mod Gill, Sml. I, s. 4779, præmis 25).

83 Heraf følger, at det ikke tilkommer Domstolen at udvide sin efterprøvelse til disse vurderinger i lægeudvalget, der må anses for definitive, når de er blevet til på forskriftsmæssig måde.

84 Forsikringsgiverne har med deres tredje indsigelse rejst kritik af lægeudvalgets udtalelse, for så vidt som der deri fastsættes en grad for vedvarende invaliditet på 100%, uden at udvalget oplyser, om det har lagt den tabel, der findes i bilaget til ordningen, til grund, eller angiver, hvilket beregningsgrundlag den har benyttet for at fastsætte denne invaliditetsgrad.

85 Det skal i den forbindelse bemærkes, at vedvarende, total invaliditet allerede var blevet konstateret af invaliditetsudvalget i forbindelse med proceduren ifølge vedtægtens artikel 78, og at det ved anvendelsen af proceduren ifølge artikel 73 skulle afgøres, om X var ramt af en erhvervssygdom.

86 Efter ordningens artikel 25 medfører anerkendelsen af en vedvarende, total eller delvis invaliditet i henhold til vedtægtens artikel 73 og ordningen ganske vist ikke på nogen måde, at anvendelsen af vedtægtens artikel 78 eller omvendt foregribes, idet den omstændighed, at disse to procedurer er indbyrdes uafhængige, ikke, som fremhævet af generaladvokaten i punkt 29 i forslaget til afgørelse, hindrer, at lægeudvalget i forbindelse med den i artikel 73 fastlagte procedure tager hensyn til de resultater, som proceduren i henhold til artikel 78 har givet anledning til.

87 Denne kritik skal altså også forkastes.

Tilkendelsen af en ydelse på 130%

88 Forsikringsgiverne har for det tredje subsidiært gjort gældende, at X efter sidste afsnit i bilaget vedrørende tabellen over invaliditetssatser ikke under nogen omstændigheder kan få tilkendt en samlet ydelse på over 100%, og at Kommissionens afgørelse derfor er ulovlig, for så vidt som der derved tilkendes en ydelse på 130%.

89 Dette anbringende bygger på en fejlagtig fortolkning af sidste afsnit i nævnte bilag.

90 I afsnittet er der udtrykkeligt tale om sammenlægning af erstatning som følge af flere invaliditeter, der skyldes samme ulykke, nemlig de i ordningens artikel 12, stk. 2, omhandlede ydelser, og det vedrører således ikke den ydelse, der i henhold til ordningens artikel 14 kan tilkendes tjenestemanden for enhver varig beskadigelse eller vansiring, der, selv om den ikke påvirker hans arbejdsevne, skader hans fysiske integritet og forvolder faktisk skade på hans forhold til omverdenen. Henvisningen i artikel 14, andet led, til de i tabellen over invaliditetsgrader fastlagte satser, der er nævnt i artikel 12, stk. 2, sker kun ud fra en analogi.

91 I betragtning af alle de omtalte omstændigheder må det fastslås, at forsikringsgiverne ikke retmæssigt kan afslå at godtgøre Kommissionen det beløb, som denne har udbetalt til X i henhold til vedtægtens artikel 73.

92 Forsikringsgiverne dømmes derfor til at betale 25 794 194 BFR til Kommissionen med tillæg af renter 8% p. a. fra den 6. maj 1994, på hvilken dato nævnte institution anmodede om betaling.

Sagens omkostninger

93 Ifølge procesreglementets artikel 69, stk. 2, pålægges det den tabende part at betale sagens omkostninger. De sagsøgte har tabt sagen og pålægges derfor at betale sagens omkostninger.

På grundlag af disse præmisser

udtaler og bestemmer

DOMSTOLEN (Sjette Afdeling)

1) Royale belge SA, Assurances Générales de France SA, Caisse nationale de Prévoyance, Mutuelles du Mans, Assurantie van de Belgische Boerenbond SA, Hannover SA, Securitas AG og Condor betaler til Kommissionen 25 794 194 BFR, med tillæg af renter 8% p. a. fra den 6. maj 1994 til betaling sker.

2) Royale belge SA, Assurances Générales de France SA, Caisse nationale de Prévoyance, Mutuelles du Mans, Assurantie van de Belgische Boerenbond SA, Hannover SA, Securitas AG og Condor betaler sagens omkostninger.

Mancini Kakouris Kapteyn

Afsagt i offentligt retsmøde i Luxembourg den 24. oktober 1996.

R. Grass G. F. Mancini

Justitssekretær Formand for Sjette Afdeling