Samling af Afgørelser

PERSONALERETTENS DOM (Tredje Afdeling)

13. juni 2012 *

»Personalesag — forhenværende tjenestemand — social sikring — ulykke — afslutning af proceduren om anvendelse af vedtægtens artikel 73 — tidsmæssig anvendelse af den tabel, der er bilagt den nye version af ordningen vedrørende risikodækning for ulykker og erhvervssygdomme — procedurens varighed«

I sag F-31/10,

angående et søgsmål anlagt i henhold til artikel 270 TEUF, som finder anvendelse på Euratom-traktaten i henhold til denne traktats artikel 106a,

Christian Guittet, forhenværende tjenestemand i Europa-Kommissionen, Cannes (Frankrig), ved advokat L. Levi,

sagsøger,

mod

Europa-Kommissionen ved J. Currall og D. Martin, som befuldmægtigede, bistået af advokat J.-L. Fagnart,

sagsøgt,

har

PERSONALERETTEN (Tredje Afdeling)

sammensat af præsidenten, S. Van Raepenbusch (refererende dommer), og dommerne R. Barents og K. Bradley,

justitssekretær: fuldmægtig J. Tomac,

på grundlag af den skriftlige forhandling og efter retsmødet den 7. marts 2012,

afsagt følgende

* Processprog: fransk.

Dom

1 Ved stævning indgået til Personalerettens Justitskontor den 14. maj 2010 har Christian Guittet, forhenværende tjenestemand i Europa-Kommissionen, bl.a. nedlagt påstand om annullation af afgørelsen af 27. juli 2009, hvorved ansættelsesmyndigheden afsluttede den procedure, der blev indledt efter artikel 73 i vedtægten for tjenestemænd i Den Europæiske Union (herefter »vedtægten«) og fastsatte sagsøgerens fysiske og psykiske invaliditet (herefter »AIPP«) til 64,5%.

Retsforskrifter

Vedtægten

2 Vedtægtens artikel 73, stk. 1 og 2, har følgende ordlyd:

»1. Under de betingelser, der er fastsat i henhold til en af [Unionens] institutioner efter fælles aftale og efter udtalelse fra vedtægtsudvalget vedtaget ordning, sikres tjenestemanden fra tiltrædelsesdagen imod risiko for erhvervssygdomme og ulykker. […]

2. De garanterede ydelser er følgende:

[…]

b) 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 12 måneder forud for ulykken

c) i tilfælde af vedvarende, delvis invaliditet:

udbetaling til den pågældende af en del af den under litra b) nævnte erstatning, udregnet på grundlag af den tabel, der fastsættes i den i stk. 1 nævnte ordning.

[…]

De ovenfor nævnte ydelser kan udbetales sammen med de i kapitel 3 nævnte ydelser. […]«

Dækningsordningen truffet i henhold til vedtægtens artikel 73

Anvendelsesområde og overgangsbestemmelser

3 Den 1. januar 2006 trådte den i vedtægtens artikel 73, stk. 1, fastsatte fælles ordning for Den europæiske Unions institutioner vedrørende risikodækning for ulykker og erhvervssygdomme (herefter »dækningsordningen« eller »den nye dækningsordning«) i kraft. Denne ordning efterfulgte den tidligere fælles dækningsordning, der senest blev ændret den 18. juli 1997 (herefter »den tidligere dækningsordning«).

4 Artikel 1 i dækningsordningen lyder således:

»Denne ordning fastsætter efter artikel 73 i vedtægten de vilkår, i henhold til hvilke den forsikrede dækkes mod risiko for ulykker og erhvervssygdomme i hele verden.

Tilsluttet ordningen er:

— tjenestemænd

— midlertidigt ansatte

— kontraktansatte.«

5 Dækningsordningens artikel 30 fastsætter følgende overgangsbestemmelser:

»[Den tidligere dækningsordning] ophæves.

Den anvendes imidlertid på ethvert udkast til afgørelse, der er vedtaget efter artikel 20, stk. 1, inden den 1. januar 2006 […]«

6 Dækningsordningens artikel 31 bestemmer:

»Den[…][nye dækningsordning] træder i kraft den første dag i den måned, som følger efter den måned, hvor præsidenten for [Den Europæiske Unions] Domstol har konstateret, at der foreligger en fælles aftale mellem institutionerne, jf. vedtægtens artikel 73, stk. 1.

Den anvendes fra samme dato.«

Begrebet vedvarende invaliditet

7 Dækningsordningens artikel 11 med overskriften »Vedvarende invaliditet« er affattet således:

»1. Graden af vedvarende, total eller delvis fysisk eller psykisk invaliditet [AIPP] vurderes på grundlag af den europæiske tabel til evaluering af fysisk og psykisk invaliditet, jf. bilag A.

Tabellen anvendes som angivet i bilag B.

[...]

2. I tilfælde af en forsikrets vedvarende, totale invaliditet som følge af en ulykke eller erhvervssygdom er satsen for den fysiske eller psykiske invaliditet [AIPP] på 100%, og det engangsbeløb, der er fastsat i vedtægtens artikel 73, stk. 2, litra b), udbetales.

3. I tilfælde af en forsikrets vedvarende, delvise invaliditet som følge af en ulykke eller erhvervssygdom, beregnes det engangsbeløb, der er omhandlet i vedtægtens artikel 73, stk. 2, litra c), og som udbetales til den forsikrede, på grundlag af de satser, som er omhandlet i […].

4. Ved beskadigelse af allerede svækkede legemsdele eller organer fastsættes ydelsen under hensyn til tilstanden før og efter ulykken.

5. [...]

6. Den samlede erstatning for flere invaliditetsfølger af samme ulykke findes ved addition, men hverken det fulde forsikrede engangsbeløb for vedvarende, total invaliditet eller det forsikrede delbeløb for fuldstændigt tab af eller fuldstændigt tab af brugen af en legemsdel eller et beskadiget organ kan overskrides.«

8 Den tidligere dækningsordnings artikel 12 fastsatte følgende:

»1. 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 engangsbeløb.

2. I tilfælde af tjenestemandens vedvarende, delvise invaliditet som følge af en ulykke eller erhvervssygdom udbetales der ham et engangsbeløb, som beregnes på grundlag af de satser, som er fastsat i invaliditetstabellen, som er optaget i bilaget.«

Supplerende erstatning

9 Dækningsordningens artikel 13 bestemmer, at efter udtalelse fra de læger, der er udpeget af institutionerne, eller fra det lægeudvalg, der er omhandlet i artikel 22, ydes den forsikrede en supplerende erstatning til ydelsen for vedvarende, delvis invaliditet for æstetiske men, seksuelle men (bortset fra forplantning), usædvanlige smerter, der er medicinsk plausible, men ikke objektivt fastslået, samt for negative følger for den forsikredes fritidsaktiviteter. Denne erstatning fastsættes på grundlag af evalueringstabellen for individuelle specifikke men, jf. bilag C til dækningsordningen.

Processuelle bestemmelser

10 Dækningsordningens artikel 18 bestemmer, at ansættelsesmyndigheden efter proceduren i samme ordnings artikel 20 træffer afgørelse om anerkendelse af, hvorvidt der ligger en ulykke til grund for en hændelse, eller om anerkendelse af en sygdoms erhvervsmæssige oprindelse samt om fastsættelse af graden af vedvarende invaliditet på grundlag af de konklusioner, som er fremlagt af den eller de læger, der er udpeget af institutionerne, og, hvis den forsikrede anmoder herom, efter høring af det lægeudvalg, der er omhandlet i nævnte ordnings artikel 22.

11 I stk. 3 i dækningsordningens artikel 19 med overskriften »Konsolidering af læsioner« bestemmes følgende:

»Afgørelse om fastsættelse af den forsikredes invaliditetsgrad træffes efter læsionernes konsolidering. Følgerne af ulykken eller erhvervssygdommen er konsolideret, når der er sket en stabilisering af helbredssituationen, eller der kun er tale om meget langsom eller meget begrænset bedring. Den forsikrede indgiver med henblik herpå en lægeerklæring, som fastslår, at hans tilstand er konsolideret, og angiver læsionernes art. Den eller de læger, der er udpeget af institutionen eller det lægeudvalg, der er omhandlet i artikel 22, kan afgive udtalelse om konsolideringen, selv om der ikke foreligger en lægeerklæring.

[…]«

12 Dækningsordningens artikel 20 har følgende ordlyd:

»1. Ansættelsesmyndigheden giver, inden den træffer afgørelse efter artikel 18, den forsikrede eller dennes ydelsesberettigede pårørende meddelelse om udkastet til nævnte afgørelse, ledsaget af de konklusioner, som er fremlagt af den eller de læger, institutionen har udpeget. Den forsikrede eller dennes ydelsesberettigede pårørende kan anmode om, at hele lægeerklæringen tilsendes en af dem valgt læge, eller at den fremsendes til dem.

2. Den forsikrede eller dennes ydelsesberettigede pårørende kan inden for en frist på 60 dage anmode om, at det lægeudvalg, der er omhandlet i artikel 22, afgiver udtalelse. I anmodningen om konsultering af lægeudvalget angives navnet på den læge, der repræsenterer den forsikrede eller dennes

ydelsesberettigede pårørende, og den vedlægges denne læges erklæring, som præciserer de medicinske konklusioner, der anfægtes over for den eller de læger, der er udpeget af institutionen med henblik på anvendelse af denne ordnings bestemmelser.

3. Er der ved udløbet af denne frist ikke indgivet anmodning om høring af lægeudvalget, træffer ansættelsesmyndigheden afgørelse i overensstemmelse med det meddelte udkast hertil.«

13 Den tidligere dækningsordnings artikel 20, stk. 1, lød således:

»Afgørelse om fastsættelse af tjenestemandens invaliditetsgrad træffes, efter at hans læsioner er konsolideret. Den forsikrede indgiver med henblik herpå en lægeerklæring, som fastslår, at han er helbredt, eller at hans tilstand er konsolideret, og angiver læsionernes art.«

14 Dækningsordningens artikel 22 med overskriften »Lægeudvalg« lyder således:

»1. Lægeudvalget består af tre læger, der udpeges således:

— den første udpeges af den forsikrede eller dennes ydelsesberettigede pårørende

— den anden udpeges af ansættelsesmyndigheden

— den tredje udpeges af disse to læger i fællesskab.

Hvis der senest to måneder efter udpegningen af den anden læge ikke er opnået enighed om udpegelse af den tredje læge, udpeges denne af præsidenten for [Domstolen] efter begæring af en af parterne.

Uanset hvordan den tredje læge udpeges, skal han have godkendt ekspertise inden for evaluering af og erstatning for legemsbeskadigelse.

2. Institutionen fastlægger lægeudvalgets mandat til at behandle medicinske spørgsmål, som rejses i erklæringen fra den læge, der repræsenterer den forsikrede eller dennes ydelsesberettigede pårørende, og andre relevante medicinske rapporter, som fremlægges efter artikel 20, stk. 2.

Honorarer og udgifter til lægerne i lægeudvalget fastsættes efter en tabel, der er fastsat af […] institutionernes administration[schef]er, afhængigt af, hvor kompliceret den for lægeudvalget indbragte sag er.

Forud for bekræftelsen af lægeudvalgets mandat informerer institutionen den forsikrede eller dennes ydelsesberettigede pårørende om honorarer eller udgifter, de eventuelt vil skulle afholde efter stk. 4. Den forsikrede eller dennes ydelsesberettigede pårørende kan under ingen omstændigheder afvise den tredje læge med henvisning til dennes honorarer eller udgifter. Han kan imidlertid til enhver tid afvise at anvende proceduren for høring af lægeudvalget. I så fald afholder den forsikrede eller dennes ydelsesberettigede pårørende honorarer og udgifter til den læge, der er valgt af disse, og halvdelen af honorarerne og udgifterne til den tredje læge for så vidt angår det allerede udførte arbejde.

Den forsikrede eller dennes ydelsesberettigede pårørende skal betale den valgte læge de beløb, der er aftalt med denne, uafhængigt af, hvor meget institutionen indvilliger i at betale.

3. Lægeudvalget undersøger under overholdelse af kollegialitetsprincippet samtlige foreliggende dokumenter, som kan være nyttige med henblik på dets vurderinger, og alle afgørelser træffes som flertalsafgørelser. Lægeudvalget fastlægger sine egne procedurer og arbejdsgange. Den tredje læge varetager sekretariatsfunktionen og udarbejder erklæringen. Lægeudvalget kan anmode om gennemførelse af yderligere undersøgelser og konsultere eksperter for at supplere sagsakterne eller anmode om udtalelser, som er relevante for varetagelsen af det pågældende hverv.

Lægeudvalget kan kun afgive medicinske udtalelser om de forhold, som det forelægges til undersøgelse, eller som bringes til dets kendskab.

Hvis lægeudvalget, hvis hverv er begrænset til sagens rent medicinske aspekter, finder, at det står over for en juridisk tvist, erklærer det sig inkompetent.

Lægeudvalget fremlægger ved afslutningen af sit arbejde sine konklusioner i en erklæring, som forelægges ansættelsesmyndigheden.

Ansættelsesmyndigheden meddeler på grundlag af denne erklæring den forsikrede eller dennes ydelsesberettigede pårørende sin afgørelse bilagt lægeudvalgets konklusioner. Den forsikrede eller dennes ydelsesberettigede pårørende kan anmode om, at udvalgets fuldstændige erklæring sendes til en af dem valgt læge, eller at de modtager meddelelse herom.

4. Udgifterne til lægeudvalgets arbejde afholdes af den institution, som den forsikrede tilhører.

Er lægeudvalgets udtalelse i overensstemmelse med udkastet til ansættelsesmyndighedens afgørelse, afholder den forsikrede eller dennes ydelsesberettigede pårørende imidlertid honorarer og øvrige udgifter til den læge, de har valgt, samt halvdelen af honorarerne og de øvrige udgifter til den tredje læge, mens de resterende omkostninger afholdes af institutionen.

[…]«

15 Den tidligere dækningsordnings artikel 23 vedrørende lægeudvalget lød således:

»1. Lægeudvalget består af tre læger, der udpeges således:

— den første udpeges af ansættelsesmyndigheden

— den anden udpeges af tjenestemanden eller dennes ydelsesberettigede pårørende

— den tredje udpeges af disse to læger i fællesskab.

Hvis der senest to måneder efter udpegningen af den anden læge ikke er opnået enighed om udpegelse af den tredje læge, udpeges denne af præsidenten for [Domstolen] efter begæring af en af parterne.

Lægeudvalget fremlægger ved afslutningen af sit arbejde sine konklusioner i en erklæring, som forelægges ansættelsesmyndigheden og tjenestemanden eller dennes ydelsesberettigede pårørende.

2. Udgifterne til lægeudvalgets arbejde afholdes af den institution, som tjenestemanden tilhører.

I det tilfælde, hvor den af tjenestemanden udpegede læge er bosat uden for tjenestemandens tjenestested, afholder tjenestemanden de supplerende honorarer, som denne udpegning medfører, med undtagelse af transportudgifter med tog på første klasse eller med fly på anden klasse, som godtgøres af institutionen. Denne bestemmelse finder ikke anvendelse, når der er tale om en ulykke, der er opstået under eller i forbindelse med tjenesten, eller på vej til eller fra tjenesten, eller om en erhvervssygdom.

Er lægeudvalgets udtalelse i overensstemmelse med udkastet til ansættelsesmyndighedens afgørelse, som er meddelt tjenestemanden eller dennes ydelsesberettigede pårørende i henhold til artikel 21, afholder tjenestemanden eller dennes ydelsesberettigede pårørende honorarer og øvrige udgifter til den læge, de har valgt, samt halvdelen af honorarerne og de øvrige udgifter til den tredje læge, mens de resterende omkostninger afholdes af institutionen, undtagen når der er tale om en ulykke, der er opstået under eller i forbindelse med tjenesten eller på vej til eller fra tjenesten.

De udgifter, der er nævnt i de foregående afsnit, kan imidlertid ved afgørelse truffet af ansættelsesmyndigheden efter udtalelse fra den læge, der er udpeget af denne myndighed, i særlige tilfælde afholdes af institutionen.«

Sagens faktiske omstændigheder

16 Sagsøgeren var udsat for en alvorlig ulykke den 8. december 2003. Denne ulykke medførte, at han i henhold til vedtægtens artikel 78 overgik til invalidepension pr. 1. juli 2005.

17 Kommissionen indledte i øvrigt efter ulykkesanmeldelsen, som blev indgivet af sagsøgerens hustru, en procedure i henhold til vedtægtens artikel 73.

18 Den 10. april 2005 udfærdigede den af institutionen udpegede læge en foreløbig rapport med henblik på fastsættelse af en foreløbig erstatning. I rapporten vurderede lægen, at den vedvarende invaliditetsgrad på tidspunktet for konsolideringen ville være på mindst 20%.

19 Den 30. maj 2005 henvendte sagsøgeren sig til »Kontoret for Forvaltning og Fastsættelse af Individuelle Rettigheder« (PMO) og anmodede dette om at foretage en fornyet undersøgelse af sagen med henblik på at fastsætte den brøkdel af den vedvarende invaliditetsgrad, som ikke omtvistes, på et »niveau, der bedre svarer til virkeligheden«.

20 PMO efterkom sagsøgerens anmodning og anmodede den af institutionen udpegede læge om præcist at fastsætte den brøkdel af den vedvarende invaliditetsgrad, som ikke omtvistes, i givet fald under hensyntagen til de af sagsøgeren fremførte argumenter til fordel for en højere invaliditetsgrad.

21 I en anden foreløbig rapport af 1. juli 2005 vurderede den af institutionen udpegede læge, at den brøkdel af den vedvarende invaliditetsgrad, som ikke omtvistes, kunne fastsættes til 40%.

22 På grundlag af denne rapport tildelte PMO ved afgørelse af 8. august 2005 sagsøgeren en foreløbig erstatning på 381 812,22 EUR. Sagsøgeren modtog betalingen af denne erstatning i november 2005.

23 Hvad angår konsolideringen af sagsøgerens læsioner havde sagsøgeren i mellemtiden fremsendt en rapport til PMO, som var udarbejdet den 28. juni 2005 af en af sagsøgeren valgt læge, og hvoraf fremgik, at sagsøgerens læsioner var konsolideret. Kommissionen har, uden at dette er bestridt, oplyst, at denne rapport blev fremsendt til PMO den 30. juni 2005.

24 I en rapport af 21. september 2006 udarbejdet i henhold til dækningsordningens artikel 20, stk. 1, fastslog den af institutionen udpegede læge, at sagsøgerens følger siden den 28. juni 2005 havde været konsolideret. Han oplyste med henvisning til den nye dækningsordning, at sagsøgerens AIPP-grad kunne opgøres til 62%, idet den var sammensat som følger: 37% ØNH følger (12% høretab, 3% tinnitus, 20% ligevægtsproblemer og 2% lugtesans), 15% reumatologiske følger og 10% psykoaffektive følger. Han fastslog desuden, at sagsøgeren led af 3/7 vedvarende æstetiske mén, som begrundede en supplerende erstatning på 1,5%.

25 Ved et udkast til afgørelse af 7. november 2006 tildelte ansættelsesmyndigheden på grundlag af rapporten fra den af institutionen udpegede læge af 21. september 2006 sagsøgeren et engangsbeløb på 606 126,90 EUR, svarende til en AIPP på 63,5%. Fra dette engangsbeløb skulle fratrækkes den foreløbige erstatning, som sagsøgeren havde fået udbetalt, dvs. 381 812,22 EUR. Ultimo 2006 modtog sagsøgeren således en betaling på 224 314,68 EUR i tillæg til den allerede udbetalte foreløbige erstatning.

26 Sagsøgeren var ikke enig i udkastet til afgørelse af 7. november 2006 og anmodede ved skrivelse af 18. januar 2007 om konsultering af lægeudvalget.

27 Den af sagsøgeren udpegede læge og den af institutionen udpegede læge kunne ikke nå til enighed om udpegelse af den tredje læge til lægeudvalget, hvorfor sagsøgeren ved skrivelse af 5. maj 2007 forelagde sagen for præsidenten for Den Europæiske Unions Domstol med henblik på udpegelse ex officio af nævnte læge. Den 25. juli 2007 tog PMO udpegningen af den tredje læge og dennes accept af hvervet til efterretning og gav sidstnævnte fuldmagt på vegne af lægeudvalget.

28 Lægeudvalget afholdt to møder, den 3. januar 2008 og den 13. oktober 2008, hvorefter den tredje læge udarbejdede en erklæring af 12. november 2008 (herefter »lægeudvalgets erklæring«).

29 Lægeudvalgets erklæring bekræfter, at sagsøgerens AIPP er på 62%, og at de vedvarende æstetiske mén på 3/7 begrunder en supplerende erstatning på 1,5%. Desuden konstateres i erklæringen, at sagsøgeren lider af forringet livskvalitet på 2/7, hvilket begrunder en supplerende erstatning på 1%.

30 Lægeudvalgets erklæring bekræfter ligeledes datoen for konsolideringen af sagsøgerens læsioner, dvs. den 28. juni 2005.

31 Lægeudvalgets erklæring blev underskrevet af den af institutionen udpegede læge.

32 Ved skrivelser af 2. december 2008, 21. januar 2009 og 28. marts 2009 tilkendegav den af sagsøgeren udpegede læge, at han var uenig i lægeudvalgets erklæring, som han endelig underskrev og fremsendte til den tredje læge den 28. marts 2009. Hvad angår de konklusioner, som nævnte erklæring nåede frem til, gjorde den af sagsøgeren udpegede læge således gældende, at lægeudvalget burde have anvendt den tidligere tabel til evaluering af fysiske og psykiske skader, hvilket ville have ført til, at graden af vedvarende invaliditet ville have været højere.

33 PMO modtog lægeudvalgets erklæring den 9. juni 2009. Henset til denne erklæring anerkendte ansættelsesmyndigheden ved afgørelse af 27. juli 2009, at sagsøgerens AIPP-grad var på 64,5%, og meddelte ham, at han ville få udbetalt resten af det engangsbeløb, som tilkom ham, idet dette beløb udgjorde 9 543,31 EUR og svarede til en AIPP-grad på 1%. Det pågældende beløb blev udbetalt til sagsøgeren den 9. november 2009.

34 Den 23. oktober 2009 indgav sagsøgeren en klage over ansættelsesmyndighedens afgørelse af 27. juli 2009 i henhold til vedtægtens artikel 90, stk. 2. Klagen blev efterfølgende suppleret af en detaljeret argumentation af 8. december 2009. Ansættelsesmyndigheden afslog klagen ved afgørelse af 15. februar 2010.

Parternes påstande

35 Sagsøgeren har nedlagt følgende påstande:

— Ansættelsesmyndighedens afgørelse af 27. juli 2009 om at afslutte den procedure, der blev indledt efter vedtægtens artikel 73 som følge af sagsøgerens ulykke den 8. december 2003, og om at tildele ham en AIPP-grad på 64,5% annulleres.

— Om fornødent annulleres afgørelsen af 15. februar 2010 om afslag på sagsøgerens klage.

— Følgelig fastslås det, at et lægeudvalg, der er sammensat upartisk, uafhængigt og neutralt, og som kan arbejde hurtigt, uafhængigt og uden forhåndsslutninger, skal bedømme sagsøgerens AIPP-grad på grundlag af den dækningsordning og den tabel til evaluering af AIPP, der var gældende på tidspunktet for ulykken og indtil den 1. januar 2006, og skal foretage en fornyet undersøgelse af den ansøgning, som sagsøgeren indgav i medfør af vedtægtens artikel 73.

— Kommissionen tilpligtes at betale morarenter på 12% af det skyldige beløb i henhold til vedtægtens artikel 73 i en periode senest fra den 8. december 2004, og indtil beløbet er betalt fuldt ud.

— Kommissionen tilpligtes at betale en erstatning, der efter ret og billighed fastsættes til 50 000 EUR, for den ikke-økonomiske skade, der er forvoldt ved den anfægtede afgørelse.

— Kommissionen tilpligtes at betale en erstatning på 15 000 EUR for den lidte økonomiske skade.

— Europa-Kommissionen tilpligtes at betale sagens omkostninger.

36 Kommissionen har nedlagt følgende påstande:

— Søgsmålet afvises fra realitetsbehandling eller tages i hvert fald ikke til følge.

— Der træffes afgørelse om sagens omkostninger efter gældende bestemmelser.

Retlige bemærkninger

Om tvistens genstand

37 Sagsøgeren har foruden annullation af afgørelsen af 27. juli 2009, hvorved ansættelsesmyndigheden besluttede at anerkende, at hans AIPP-grad var på 64,5% (herefter »afgørelsen af 27. juli 2009«), nedlagt påstand om annullation af afgørelsen af 15. februar 2010 om afslag på hans klage. I denne forbindelse bemærkes, at annullationspåstande, der formelt er rettet mod et afslag på en klage, har den virkning retligt at få prøvet den akt, der har været genstand for klagen, når de som sådanne er uden selvstændigt indhold (jf. i denne retning Domstolens dom af 17.1.1989, sag 293/87, Vainker mod Parlamentet, præmis 8, og Rettens dom af 6.4.2006, sag T-309/03, Camós Grau mod Kommissionen, præmis 43).

38 Da de annullationspåstande, der er rettet mod afgørelsen om afslag på den klage, der blev indgivet over afgørelsen af 27. juli 2009, i det foreliggende tilfælde er uden selvstændigt indhold, skal søgsmålet anses for formelt at være rettet mod sidstnævnte afgørelse.

Om annullationspåstandene

39 Sagsøgeren har til støtte for annullationspåstandene fremsat otte anbringender om:

— for det første, at den tabel til evaluering af AIPP, som blev anvendt på sagsøgeren, er ulovlig

— for det andet, at der er sket tilsidesættelse af en aftale indgået mellem Det Europæiske Fællesskab og et forsikringsselskab, samt tilsidesættelse af vedtægtens artikel 73 med den begrundelse, at Kommissionen har taget mest hensyn til »forsikringsgivernes« interesser

— for det tredje, at der er sket tilsidesættelse af en rimelig frist, af princippet om god forvaltningsskik og af omsorgspligten

— for det fjerde, at der er sket tilsidesættelse af retssikkerhedsprincippet og af princippet om forbud mod tilbagevirkende kraft samt tilsidesættelse af sagsøgerens velerhvervede rettigheder

— for det femte, at den nye dækningsordning ikke kan bringes i anvendelse

— for det sjette, at udpegningen af den tredje læge i lægeudvælget er ulovlig, og at der er sket tilsidesættelse af princippet om god tro

— for det syvende, at der er sket tilsidesættelse af kollegialitetsprincippet, af princippet om uafhængighed, af princippet om upartiskhed og af neutralitetsprinppet, som bør være bestemmende for lægeudvalgets arbejde

— for det ottende, at lægeudvalget har tilsidesat sit mandat, at lægeudvalgets erklæring er behæftet med en åbenbar fejl, og at erklæringens begrundelse er ulovlig.

40 Det fjerde anbringende om tilsidesættelse af retssikkerhedsprincippet og af princippet om forbud mod tilbagevirkende kraft samt tilsidesættelse af sagsøgerens velerhvervede rettigheder undersøges først.

Om anbringendet om tilsidesættelse af sagsøgerens velerhvervede rettigheder og om tilsidesættelse af retssikkerhedsprincippet og af princippet om forbud mod tilbagevirkende kraft

– Om anbringendets formalitet

41 Kommissionen har gjort gældende, at det pågældende anbringende bør afvises. Anbringendet er nemlig allerede blevet påberåbt af sagsøgeren i forbindelse med en klage, som denne tidligere havde indgivet under samme procedure indledt i henhold til vedtægtens artikel 73. Denne klage har imidlertid ifølge Kommissionen været genstand for en afgørelse om afslag af 31. juli 2006, som er blevet endelig, eftersom det ikke er blevet bestridt.

42 Det er imidlertid utvivlsomt, og i øvrigt ikke bestridt af Kommissionen, at afgørelsen af 27. juli 2009 er en bebyrdende retsakt, og at det afslag på klagen, som Kommissionen har påberåbt sig, ligger forud for denne afgørelse.

43 En sagsøger kan imidlertid påberåbe sig ethvert anbringende eller argument eller enhver faktisk omstændighed, der kan rejse tvivl om lovligheden af en bebyrdende retsakt, og dette gælder, selv om han allerede har påberåbt sig det samme anbringende eller argument eller den samme faktiske omstændighed til støtte for en tidligere klage over en bestemt retsakt (jf. i denne retning Personalerettens dom af 14.9.2011, sag F-12/09, A mod Kommissionen, præmis 136, der verserer som appelsag for Den Europæiske Unions Ret under sagsnummer T-595/11 P).

– Om anbringendets rigtighed

44 I henhold til den nye dækningsordnings artikel 30 og 31 ophæves den tidligere dækningsordning, og den nye dækningsordning træder i kraft den første dag i den måned, som følger efter den måned, hvor Domstolens præsident har konstateret, at der foreligger en fælles aftale mellem institutionerne, jf. vedtægtens artikel 73, stk. 1, og anvendes fra denne dato. I det foreliggende tilfælde konstaterede Domstolens præsident, at der forelå en fælles aftale mellem institutionerne, jf. vedtægtens artikel 73, stk. 1, den 13. december 2005, og den nye dækningsordning trådte i kraft den 1. januar 2006. I den nye dækningsordnings artikel 30, stk. 2, præciseres imidlertid, at den tidligere dækningsordning, der skal opfattes som omfattende den tabel til evaluering af AIPP, som var bilagt denne, »anvendes på ethvert udkast til afgørelse, der er vedtaget [af ansættelsesmyndigheden] inden den 1. januar 2006«, dvs. på ethvert udkast til afgørelse, der er vedtaget før denne dato og vedrører anerkendelse af, hvorvidt der ligger en ulykke til grund for en hændelse, eller om anerkendelse af en sygdoms erhvervsmæssige oprindelse og fastsættelse af AIPP-graden og størrelsen af det tilsvarende engangsbeløb.

45 Sagsøgeren har gjort gældende, at anvendelsen for hans vedkommende af den tabel til evaluering af AIPP, der er vedlagt den nye dækningsordning, tilsidesætter de rettigheder, som han har erhvervet i henhold til bestemmelserne i den tidligere dækningsordning. Sagsøgeren har anført, at ulykken, ulykkesanmeldelsen og endog konsolideringen af læsionerne medfører, at der på de respektive datoer herfor opstår velerhvervede rettigheder hos den forsikrede. Følgelig gælder, at selv om ansættelsesmyndigheden endnu ikke havde vedtaget noget udkast til afgørelse i forbindelse med den procedure, der blev indledt som følge af ulykken den 8. december 2003, burde den tabel til evaluering af AIPP, der var vedlagt den tidligere dækningsordning, have været anvendt på sagsøgeren.

46 Sagsøgeren har således gjort gældende, at dækningsordningens artikel 30 er ulovlig, for så vidt som det heri bestemmes, at den tabel til evaluering af AIPP, der var vedlagt den tidligere dækningsordning, kun opretholdes for procedurer iværksat før den 1. januar 2006, som er datoen for den nye dækningsordnings ikrafttræden, i tilfælde af, at proceduren på dette tidspunkt er nået til stadiet for det af ansættelsesmyndigheden vedtagne udkast til afgørelse, mens den tidligere dækningsordning, når ulykken, ulykkesanmeldelsen eller konsolideringen af læsionerne skete før den 1. januar 2006, fortsat skulle anvendes indtil afslutningen af den procedure, der er indledt i henhold til vedtægtens artikel 73.

47 I denne forbindelse bemærkes indledningsvis, at ifølge et almindeligt anerkendt princip finder en ny regel, for så vidt ikke andet er bestemt, øjeblikkelig anvendelse på situationer, der opstår, samt på fremtidige virkninger af situationer, der er opstået, uden imidlertid at være fuldstændigt konstituerede, under den tidligere regel (jf. i denne retning Domstolens dom af 15.2.1978, sag 96/77, Bauche og Delquignies, præmis 48, af 16.5.1979, sag 84/78, Tomadini, præmis 21, af 5.2.1981, sag 40/79 P. mod Kommissionen, præmis 12, af 10.7.1986, sag 270/84, Licata/CES, præmis 31, af 29.1.2002, sag C-162/00, Pokrzeptowicz-Meyer, præmis 50, Domstolens kendelse af 13.6.2006, sag C-336/05, Echouikh, præmis 54, og Domstolens dom af 22.12.2008, sag C-443/07 P, Centeno Mediavilla m.fl. mod Kommissionen, præmis 61-63, samt Personalerettens dom af 30.11.2006, sag F-77/05, Balabanis og Le Dour mod Kommissionen, præmis 39, og af 4.9.2008, sag F-22/07, Lafili mod Kommissionen, præmis 84).

48 I det foreliggende tilfælde skal det derfor undersøges, om sagsøgeren på det tidspunkt, hvor den nye dækningsordning trådte i kraft, dvs. den 1. januar 2006, således som han hævder, befandt sig i en situation, der var fuldstændigt konstitueret i henhold til den tabel til evaluering af AIPP, der var bilagt den tidligere dækningsordning. Det er kun i dette tilfælde, at det rent faktisk vil kunne anerkendes, at tabellen i den nye dækningsordning – som i øvrigt ikke vil kunne anses for at være en processuel regel (jf. modsætningsvis Domstolens dom af 6.7.1993, forenede sager C-121/91 og C-122/91, CT Control (Rotterdam) og JCT Benelux mod Kommissionen, præmis 22 og 23) – blev anvendt med tilbagevirkende kraft på sagsøgeren. I dette tilfælde skal der foretages en undersøgelse af den af sagsøgeren rejste ulovlighedsindsigelse og nærmere bestemt lovligheden af anvendelsen med tilbagevirkende kraft af tabellen i den nye dækningsordning, henset til retssikkerhedsprincippet og princippet om beskyttelse af den berettigede forventning.

49 Før undersøgelsen af dette spørgsmål påpeges, at ifølge den tidligere dækningsordnings artikel 12, stk. 2, samt i øvrigt ifølge den nye dækningsordnings artikel 11, stk. 3, beregnes det engangsbeløb, der er omhandlet i vedtægtens artikel 73, stk. 2, litra c), i tilfælde af vedvarende, delvis invaliditet på grundlag af de satser, som er omhandlet i den tabel til evaluering af AIPP, der er bilagt hver af disse dækningsordninger.

50 Under disse omstændigheder gælder, at for at situationen for en forsikret er fuldstændigt konstitueret i henhold til den tabel til evaluering af AIPP, som var bilagt den tidligere dækningsordning, skal det godtgøres, at sagsøgerens situation senest dagen før datoen for den nye dækningsordnings ikrafttræden, dvs. den 31. december 2005, var sådan, at den tillod, at der opstod en ret til fastsættelse af hans AIPP ifølge de satser, som er omhandlet i den tabel til evaluering af AIPP, der var bilagt den tidligere dækningsordning.

51 I denne forbindelse bemærkes, at den blotte omstændighed, at ulykken eller erhvervssygdommen opstår, ikke er tilstrækkelig til, at der hos den forsikrede opstår en ret til fastsættelse af hans AIPP.

52 Det er korrekt, at vedtægtens artikel 73 bestemmer, at tjenestemanden »sikres […] fra tiltrædelsesdagen« imod risiko for erhvervssygdomme og ulykker. I denne bestemmelse fastsættes ligeledes, at de ydelser, der dækker disse risici, »garanteres« tjenestemanden.

53 Selv om EU-lovgiver har indført en forsikringsordning mod risici for ulykker og erhvervssygdomme, har institutionerne, der handler i henhold til vedtægtens artikel 73, stk. 1, imidlertid betinget retten til de pågældende forsikringsydelser, og således udbetalingen heraf, af overholdelsen af visse betingelser.

54 I henhold til den tidligere dækningsordnings artikel 20, stk. 1, samt i øvrigt i henhold til den nye dækningsordnings artikel 19, stk. 3, kan afgørelsen om fastsættelse af AIPP-graden således først træffes efter konsolideringen af den forsikredes læsioner, idet konsolideringen er tilstanden for en skadelidt, hvis læsioner er stationære derved, at de ikke længere kan helbredes eller bedres, og derved, at en behandling principielt ikke længere er påkrævet, medmindre den har til formål at undgå en forværring (Rettens dom af 21.5.1996, sag T-148/95, W mod Kommissionen, præmis 36).

55 Dette betyder, således som Domstolen har fastslået i dom af 14.7.1981, Suss mod Kommissionen (sag C-186/80, præmis 15; jf. ligeledes Personalerettens dom af 17.2.2011, sag F-119/07, Strack mod Kommissionen, præmis 88), at retten til udbetaling af den i vedtægtens artikel 73, stk. 2, litra c), omhandlede erstatning i tilfælde af vedvarende, delvis invaliditet, som i den foreliggende sag, ikke opstår før samtlige læsioner er konsolideret. Det er derfor først fra denne dato, at den forsikrede har en ret til at få fastsat sin AIPP.

56 Eftersom den forsikredes situation, henset til hans ret til fastsættelse af sin AIPP-grad, er fuldstændig konstitueret på tidspunktet for konsolideringen af hans læsioner, er den forsikrede principielt omfattet af den tabel til evaluering af AIPP, der er gældende på datoen for denne konsolidering.

57 I øvrigt understreges, at den forsikredes situation for så vidt angår sikringen imod risiko for ulykker og erhvervssygdomme i modsætning til det af Kommissionen anførte adskiller sig betydeligt fra situationen for en bestået ansøger fra en udvælgelsesprøve med hensyn til ret til indplacering i lønklasse, som der var tale om i førnævnte dom i sagen Centeno Mediavilla m.fl. mod Kommissionen (præmis 63-68). Indplaceringen i lønklasse af en bestået ansøger fra en udvælgelsesprøve afhænger nemlig af, at den pågældende udnævnes. Administrationen råder imidlertid over et vidt skøn hvad angår udnævnelsen af de bestående ansøgere ved en udvælgelsesprøve, idet dette vide skøn følger af den omstændighed, at retsforskrifterne ikke fastsætter, at de bestående ansøgere ved en udvælgelsesprøve i denne egenskab har ret til at blive udnævnt. Erstatningen til en forsikret som følge af en ulykke eller en erhvervssygdom følger derimod ikke af et valg fra administrationens side, som er foretaget i henhold til det vide skøn, som denne råder over, men af konstateringen af en vedvarende invaliditet efter konsolideringen.

58 Det er ganske vist, som bemærket af Kommissionen, korrekt, at den forsikrede på datoen for konsolideringen af læsionerne endnu kun er kreditor med hensyn til en »værdiskyld« og ikke til en »pengeskyld«, idet det skyldige beløb først fastsættes på tidspunktet for vedtagelsen af ansættelsesmyndighedens afgørelse om fastsættelse af AIPP-graden og størrelsen af det tilsvarende engangsbeløb på grundlag af de lægelige vurderinger.

59 Selv om den forsikredes fordring først er likvid på tidspunktet for vedtagelsen af ansættelsesmyndighedens afgørelse, på grundlag af en udtalelse fra institutionens læge eller lægeudvalget om fastsættelse af størrelsen af det skyldige engangsbeløb, forudsætter en sådan afgørelse, som principielt afslutter den procedure, der er indledt i henhold til vedtægtens artikel 73, imidlertid, at den forsikredes AIPP-grad er fastsat på forhånd. Det spørgsmål, der i det foreliggende tilfælde rejser sig, er imidlertid netop spørgsmålet om at afgøre, efter hvilken tabel til evaluering af

AIPP det tilkommer den af institutionen udpegede læge og, i givet fald, lægeudvalget at vurdere en forsikrets AIPP i et tilfælde, hvor konsolideringen af de fysiske eller psykiske læsioner er sket før ikrafttrædelsen af den nye dækningsordning.

60 Hvis datoen for ansættelsesmyndighedens vedtagelse af udkastet til afgørelse om fastsættelse af den forsikredes AIPP-grad og størrelsen af det tilsvarende engangsbeløb skal lægges til grund som det relevante tidspunkt med henblik på afgørelsen af den anvendelige tabel til evaluering af AIPP, således som det fremgår af den nye dækningsordnings artikel 30, ville dette endelig kunne føre til anvendelsen af forskellige regler på personer, med hensyn til hvilke konsolideringen af læsionerne imidlertid fandt sted samtidigt, alt efter hvor hurtigt administrationen behandlede deres respektive sager, og dette ikke uden risiko for vilkårlighed (jf. vedrørende afgørelsen af, hvilken ret der finder anvendelse ved realiseringen af supplerende pensionsrettigheder, Rettens dom af 18.10.2011, sag T-439/09, Purvis mod Parlamentet, præmis 39-40).

61 I det foreliggende tilfælde fremgår det af sagen, og navnlig af rapporten af 21. september 2006 fra den af institutionen udpegede læge, at datoen for konsolideringen af sagsøgerens læsioner blev fastsat til den 28. juni 2005. Det er derfor fra denne dato, at sagsøgeren havde ret til at få beregnet sin AIPP-grad efter den tabel til evaluering af AIPP, der var bilagt den ordning vedrørende risikodækning for ulykker og erhvervssygdomme, der fandt anvendelse på denne dato, dvs. ifølge den tabel til evaluering af AIPP, der var bilagt den tidligere dækningsordning.

62 Henset til ovenstående betragtninger fremgår det, at dækningsordningens artikel 30 – derved, at det heri fastsættes, at den tabel, som er bilagt denne ordning, finder anvendelse, såfremt der ikke foreligger et udkast til afgørelse fra ansættelsesmyndigheden om fastsættelse af AIPP-graden, på forsikrede, som har været udsat for en ulykke eller en erhvervssygdom, og hvis læsioner var konsoliderede før datoen for dennes ikrafttræden, dvs. den 1. januar 2006 – hvad angår disse forsikrede vedrører situationer, som var fuldstændigt konstituerede i henhold til den tabel til evaluering af AIPP, der var bilagt den tidligere dækningsordning. Dækningsordningens artikel 30 giver således i denne forbindelse den tabel, der er bilagt denne, tilbagevirkende kraft.

63 I almindelighed forbyder retssikkerhedsprincippet imidlertid, at en EU-retsakt gives gyldighed fra et tidspunkt, der ligger før aktens ikrafttræden (jf. i denne retning Domstolens dom af 22.11.2001, sag C-110/97, Nederlandene mod Rådet, præmis 151 og den deri nævnte retspraksis).

64 Dog kan dette rent undtagelsesvis tillades, når det tilstræbte formål fordrer det, og når de berørtes berettigede forventning respekteres behørigt (Domstolens dom af 25.1.1979, sag 98/78, Racke, præmis 20, og af 13.11.1990, sag C-331/88, Fedesa m.fl., præmis 45, samt dommen i sagen Nederlandene mod Rådet, præmis 151).

65 I det foreliggende tilfælde synes de i foregående præmis nævnte betingelser ikke at være opfyldt. For det første har Kommissionen ikke godtgjort, at der foreligger et formål, som kræver, at den nye dækningsordning anvendes med tilbagevirkende kraft. I denne forbindelse forklarer argumentet om, at tabellen til evaluering af AIPP, der var bilagt den tidligere dækningsordning, er mangelfuld, idet denne for at anvende ordlyden i *Meddelelser fra administrationen* nr. 91-2005 af 19. december 2005, hvorved Kommissionens ansatte blev underrettet om den nye dækningsordning ikrafttræden, er »forældet, vanskelig at anvende og uden europæisk dimension« (den tidligere tabel var »Barème [o]fficiel [b]elge des [i]nvalidités« (BOBI)), ikke på overbevisende måde, hvorfor det for at nå formålet om modernisering af nævnte tabel var nødvendigt at tillægge denne tilbagevirkende kraft.

66 Dernæst har anvendelsen af tabellen til evaluering af AIPP, der er bilagt den nye dækningsordning, på forsikrede, som før denne nye dækningsordnings ikrafttræden den 1. januar 2006 var ofre for en ulykke eller en erhvervssygdom, og hvis læsioner var konsoliderede før samme dato, nødvendigvis tilsidesat disse forsikredes berettigede forventning.

67 Selv hvis det antages, således som Kommissionen bemærkede under retsmødet, at anvendelsen af tabellen til evaluering af AIPP, der er bilagt den nye dækningsordning, ifølge karakteren af de pågældende læsioner, kan føre til snart en stigning i dækningen af ulykker og erhvervssygdomme, snart en nedgang heri, sammenlignet med den tabel til evaluering af AIPP, der er bilagt den tidligere dækningsordning, kræver en af institutionerne i fællesskab vedtaget ordning vedrørende risikodækning for ulykker og erhvervssygdommes enhed og ensartede anvendelse principielt, at denne ordnings ikrafttræden finder sted på samme dato i alle institutionerne og for alle institutionernes ansatte, medmindre andet er fastsat netop med henblik på at beskytte de rettigheder, som var erhvervet under den tidligere ordning (jf. analogt Racke-dommen, præmis 16). Det kan ganske vist ikke forbydes institutionerne med hensyn til situationer, der er opstået og definitivt konstituerede under den tidligere dækningsordning, at udstrække anvendelsen af den nye dækningsordning, hvis den er mere gunstig for de forsikrede, men der findes ingen overgangsbestemmelser herom i den nye dækningsordning.

68 Det følger af det ovenstående, at det må fastslås, at den nye dækningsordning er ulovlig derved, at den fastsætter en anvendelse af den tabel, som er bilagt denne, på forsikrede, som har været udsat for en ulykke eller en erhvervssygdom, og hvis læsioner er konsoliderede før dennes ikrafttræden.

69 Det er derfor med urette, at lægeudvalget, da det afgav sin erklæring den 9. juni 2009, og dernæst ansættelsesmyndigheden, da den vedtog afgørelsen af 27. juli 2009, anvendte den tabel til evaluering af AIPP, der er bilagt den nye dækningsordning. Følgelig bør afgørelsen af 27. juli 2009 af denne grund annulleres, uden at det er fornødent i forbindelse med de foreliggende annullationspåstande at tage stilling til de øvrige anbringender, som sagsøgeren har fremsat.

Om erstatningspåstandene

70 Sagsøgeren har gjort gældende, at der foreligger tre særskilte tab: et tab, som begrunder betaling af morarenter, et økonomisk tab og et ikke-økonomisk tab.

Om betaling af morarenter

71 Sagsøgeren har nedlagt påstand om, at Kommissionen tilpligtes at betale morarenter af det skyldige engangsbeløb i henhold til vedtægtens artikel 73.

72 Sagsøgeren har ikke i den del af hans skriftlige indlæg, der vedrører denne erstatningspåstand, præciseret, på grundlag af hvilken forsømmelse han har fremsat nævnte påstand. Han har imidlertid mere generelt anført, at Kommissionen bør ifalde ansvar for de ulovligheder, som han har påberåbt sig til støtte for sine annullationspåstande.

73 Henset til de anbringender og klagepunkter, som sagsøgeren har påberåbt sig i denne henseende, er det klart, at han tilsigter at basere sin påstand om betaling af morarenter på klagepunktet om, at administrationen ikke traf afgørelse inden for en rimelig frist.

74 Det må derfor undersøges, om fristen for vedtagelse af afgørelsen af 27. juli 2009 var urimelig.

75 Først bemærkes, at det i bestemmelsen i artikel 20 i den tidligere dækningsordning bestemmes, at den forsikrede er forpligtet til at indgive en lægeerklæring, som fastslår, at hans tilstand er konsolideret, for at ansættelsesmyndigheden kan vedtage en afgørelse om fastsættelse af AIPP-graden.

76 I det foreliggende tilfælde var det imidlertid først ved rapporten af 28. juni 2005, som var udarbejdet af en af sagsøgeren udpeget læge, og som blev fremsendt til PMO den 30. juni 2005, at ansættelsesmyndigheden modtog underretning om, at sagsøgerens læsioner var konsolideret den 28. juni 2005.

77 Hvad dernæst angår perioden mellem den 8. december 2003, som er datoen for ulykken, og den 30. juni 2005, som er den dato, hvor PMO modtog rapporten fra den af sagsøgeren valgte læge vedrørende konsolideringen af læsionerne, kan den frist, der således er forløbet, i det mindste for størstepartens vedkommende tilskrives sagsøgeren.

78 Herefter forekommer fristen på ca. 15 måneder, efter udløbet af hvilken den af institutionen udpegede læge udarbejdede sin rapport af 21. september 2006 til ansættelsesmyndigheden, ikke urimelig. Nævnte læge baserede nemlig sin vurdering på seks supplerende undersøgelser, som blev foretaget i løbet af denne periode, og som vedrørte mindst fire forskellige medicinske specialer (psykiatri, oftalmologi, rheumatologi og oto-rhino-laryngologi).

79 Dernæst blev ansættelsesmyndighedens udkast til afgørelse af 7. november 2006 om fastsættelse af sagsøgerens AIPP-sats og størrelsen af det tildelte engangsbeløb følgelig fremsendt til sagsøgeren den 21. november 2006, dvs. inden for en frist på tre måneder at regne fra datoen for udarbejdelsen af rapporten fra den af institutionen udpegede læge, hvilket ikke forekommer urimeligt.

80 Sagsøgeren var ikke enig i ansættelsesmyndighedens udkast til afgørelse af 7. november 2006 om fastsættelse af hans AIPP-sats og størrelsen af hans erstatning og anmodede ved skrivelse af 18. januar 2007 om konsultering af lægeudvalget.

81 Den af sagsøgeren udpegede læge og den af institutionen udpegede læge kunne ikke nå til enighed om udpegning af den tredje læge til lægeudvalget, hvorfor sagsøgeren ved skrivelse af 5. maj 2007 forelagde sagen for præsidenten for Den Europæiske Unions Domstol med henblik på udpegelse ex officio af nævnte læge.

82 Den 25. juli 2007 tog PMO udpegningen af den tredje læge og dennes accept af hvervet til efterretning og gav sidstnævnte fuldmagt på vegne af lægeudvalget.

83 Den frist, som forløb mellem datoen for udkastet til afgørelse af 7. november 2006 og den 25. juli 2007, den dato, hvor lægeudvalget kunne påbegynde sit arbejde, følger således af selve procedureforløbet og skyldes ikke passivitet fra Kommissionens side.

84 Lægeudvalgets erklæring blev efterfølgende udarbejdet den 12. november 2008, dvs. ca. 15 måneder efter, at lægeudvalget blev i stand til at påbegynde sit arbejde. En sådan frist forekommer ikke urimelig, henset til sagens omstændigheder.

85 En første erklæring fra lægeudvalget, som ganske vist ikke var fuldstændig, blev nemlig udarbejdet af den tredje læge den 10. januar 2008, efter at lægeudvalget den 3. januar 2008 havde afholdt det første møde. Denne erklæring gav imidlertid anledning til diverse brevvekslinger, herunder en skrivelse fra den af sagsøgeren udpegede læge, to skrivelser fra sagsøgeren selv og en skrivelse fra den af institutionen udpegede læge.

86 I erklæringen af 12. november 2008, som den tredje læge havde udarbejdet på vegne af lægeudvalget, anførte denne bl.a., at en af sagsøgerens skrivelser var vedlagt »talrige og omfattende bilag« vedrørende sagsøgerens fritidsaktiviteter. Den tredje læge anførte ligeledes, at sagsøgeren i en skrivelse af 28. februar 2008 var fremkommet med nye bemærkninger vedrørende hjælp fra en tredje person og præciserede:

»[P]ersonligt var vi overraskede over omfanget af hans krav, henset til de beklagelser, der blev givet udtryk for under det første [møde], og dette ligeledes henset til de præcise spørgsmål, som vi stillede ham under dette første [møde] […]«

87 Selv om det ikke kan foreholdes en forsikret i forbindelse med en procedure i henhold til vedtægtens artikel 73, at denne fremlægger hele den dokumentation eller alle de bemærkninger for lægeudvalget, som han skønner nødvendige med henblik på, at dette kan tage stilling, er det klart, at fremlæggelsen af omfangsrige akter samt fremsendelsen under proceduren af nye bemærkninger vedrørende spørgsmål, som er behandlet tidligere, bidrager til en forlængelse af fristen for vedtagelse af en afgørelse, som afslutter proceduren.

88 Den tredje læge anførte i øvrigt, også i lægeudvalgets erklæring af 12. november 2008, at det havde været vanskeligt at nå til enighed, specielt med den af sagsøgeren udpegede læge, om en dato for lægeudvalgets andet møde, og at dette først kunne afholdes den 13. oktober 2008.

89 I en skrivelse af 2. december 2008 oplyste den af sagsøgeren udpegede læge ganske vist, at han havde foreslået datoerne 26. og 29. september 2008 med henblik på afholdelsen af lægeudvalgets møde, og at disse datoer ikke havde passet de andre medlemmer af lægeudvalget. Disse forslag fra den af sagsøgeren udpegede læge kan imidlertid ikke fritage denne for hans del af ansvaret for forlængelsen af den frist, der var nødvendig med henblik på fastsættelsen af datoen for lægeudvalgets andet møde.

90 På baggrund af ovennævnte betragtninger forekommer det tidsrum på ca. 15 måneder, som forløb mellem den 25. juli 2005, datoen, hvor lægeudvalget var i stand til at påbegynde sit arbejde, og den 12. november 2008, datoen for lægeudvalgets erklæring, således ikke urimelig.

91 Herefter blev lægeudvalgets erklæring først den 9. juni 2009 endelig fremsendt til PMO, dvs. ca. syv måneder efter, at den tredje læge havde udarbejdet nævnte rapport. Denne sene fremsendelse skyldes imidlertid, i det mindste delvist, den omstændighed, at den af sagsøgeren udpegede læge først ved skrivelser af 2. december 2008 og af 21. januar 2009 anmodede den tredje læge, som varetog udarbejdelsen af lægeudvalgets erklæring, om at ændre erklæringen – hvis indhold de to andre medlemmer af lægeudvalget var enige i – og, da han ikke opnåede denne ændring, først tilbagesendte nævnte rapport forsynet med hans underskrift den 28. marts 2009.

92 Ansættelsesmyndigheden vedtog endelig på baggrund af lægeudvalgets erklæring, som den havde modtaget den 9. juni 2009, afgørelsen af 27. juli 2009 og fremsendte denne til sagsøgeren, som fik kendskab til denne den 9. august 2009. Det tidsrum på to måneder, som således forløb mellem den 9. juni 2009, datoen, hvor ansættelsesmyndigheden rådede over lægeudvalgets erklæring, og den 9. august 2009, datoen, hvor den fremsendte afgørelsen af 27. juli 2009 til sagsøgeren, forekommer ikke urimelig.

93 Afslutningsvis forekommer ingen af de tidsrum, som forløb mellem de forskellige etaper i den procedure, som førte til vedtagelsen af afgørelsen af 27. juli 2009, urimelige.

94 Selv under hensyntagen til den kumulative virkning af alle disse tidsrum og til den del, som kan tilskrives ansættelsesmyndighedens forsinkelser, fremgår det endvidere af de forhold, som er nævnt i de foregående præmisser, at afgørelsen af 27. juli 2009 ikke blev vedtaget inden for en urimelig frist (jf. i denne retning Personalerettens dom af 13.1.2010, forenede sager F-124/05 og F-96/06, A og G mod Kommissionen, præmis 394).

95 Det følger af det ovenstående, at sagsøgerens påstand om, at Kommissionen tilpligtes at betale morarenter af det engangsbeløb, som sagsøgeren allerede har fået udbetalt, bør forkastes.

96 Imidlertid synes sagsøgeren i det engangsbeløb, på grundlag af hvilket morarenterne skal beregnes, at medtage ikke blot det engangsbeløb, som han allerede har fået udbetalt, men ligeledes det supplerende engangsbeløb, som ifølge sagsøgeren skal udbetales til ham på grundlag af den tabel til evaluering af AIPP, der var vedlagt den tidligere dækningsordning.

97 Hvad angår en påstand om betaling af morarenter af supplerende beløb, som skyldes sagsøgeren som følge af anvendelsen af den tabel til evaluering af AIPP, der var vedlagt den tidligere dækningsordning, indebærer en sådan betaling ikke blot, at det med tilstrækkelig sikkerhed godtgøres, at sagsøgerens AIPP-grad er større end den AIPP-grad, som han blev tilkendt ved afgørelsen af 27. juli 2009, men ligeledes, at den AIPP-grad, som han tildeles på grundlag af denne tabel, allerede kan fastsættes. Dette er imidlertid ikke tilfældet. Selv om det antages, at sagsøgeren har fremsat sådan en påstand, er den følgelig fremsat for tidligt og bør derfor forkastes.

Om den økonomiske skade

98 Sagsøgeren har i den økonomiske skade, som han har lidt, medtaget både udgifter i forbindelse med lægeudvalgets arbejde, udgifter i forbindelse med en genoptagelse af lægeudvalgets arbejde som følge af annullationen af afgørelsen af 27. juli 2009 og udgifter og honorarer til hans advokat i forbindelse med den fase, der gik forud for søgsmålet.

99 Hvad angår udgifterne i forbindelse med lægeudvalgets arbejde omfatter disse udgifter honorarer til den af sagsøgeren udpegede læge, transportudgifter og diverse udgifter. Sagsøgeren har opgjort samtlige disse udgifter til 5 500 EUR.

100 Sagsøgeren har imidlertid ikke i sine skriftlige indlæg henvist til nogen sagsakt, som kan begrunde et sådant beløb.

101 Ifølge retspraksis skal det tab, som påstås erstattet, imidlertid være faktisk og reelt, hvilket det påhviler sagsøgeren at bevise (jf. f.eks. Domstolens dom af 9.11.2006, sag C-243/05 P, Agraz m.fl. mod Kommissionen, præmis 27).

102 Endvidere indeholder stævningen ingen beviser vedrørende dette punkt. I henhold til artikel 39, stk. 1, litra e), i Personalerettens procesreglement skal stævningen imidlertid i påkommende tilfælde indeholde en angivelse af de beviser, der påberåbes.

103 I mangel af de i ovenstående præmisser nævnte beviser konkluderes, at sagsøgeren ikke har godtgjort omfanget af den påberåbte skade, selv om han var i stand til at gøre det, eftersom der er tale om betalinger, som han angiveligt har foretaget. Derfor bør sagsøgerens erstatningspåstande vedrørende udgifter til lægeudvalgets arbejde forkastes.

104 Hvad angår udgifter i forbindelse med en genoptagelse af lægeudvalgets arbejde tilkommer det ansættelsesmyndigheden efter afslutningen af den nye procedure som følge af denne annullationsdom at vedtage en afgørelse vedrørende afholdelsen af udgifterne til lægeudvalgets arbejde. På nuværende tidspunkt er det derfor for tidligt at træffe afgørelse vedrørende dette tab.

105 Hvad angår udgifter og honorarer til sagsøgerens advokat i forbindelse med den fase, der gik forud for søgsmålet, bemærkes, at forløbet af den administrative procedure, som fastsat i vedtægten, ikke indebærer, at en sagsøger på dette stadium bistås af en advokat, idet denne situation til gengæld ifølge fast retspraksis indebærer, at administrationen ikke skal fortolke klager eller ansøgninger restriktivt, men tværtimod indtage en smidig holdning ved behandlingen heraf. Følgelig konstateres, at en tjenestemand ikke, medmindre der foreligger ekstraordinære omstændigheder, kan opnå godtgørelse af udgifter og honorarer til sine advokater vedrørende den administrative fase i forbindelse med et erstatningssøgsmål. Der er imidlertid intet i sagen, som gør det muligt at fastslå, at der foreligger sådanne ekstraordinære omstændigheder (Rettens dom af 10.12.2008, sag T-57/99, Nardone mod Kommissionen, præmis 139 og 140).

106 Det følger af det ovenstående, at påstanden om, at Kommissionen tilpligtes at betale en erstatning for den økonomiske skade, bør forkastes.

Om den ikke-økonomiske skade

107 I det foreliggende tilfælde kan det ikke udledes af stævningen, hvorvidt den ikke-økonomiske skade, som sagsøgeren påstår erstattet, ikke fuldt ud kan erstattes ved en annullation af afgørelsen af 27. juli 2009 og ved de foranstaltninger, som ansættelsesmyndigheden vil være forpligtet til at træffe som følge af denne annullation.

108 Allerførst er den ulovlighed, som Personaleretten har lagt til grund, og som skyldes en tilsidesættelse af de velerhvervede rettigheder, ikke tilstrækkelig grov til at begrunde tilkendelse af erstatning for den ikke-økonomiske skade.

109 Endvidere har sagsøgeren indskrænket sig til at foreholde Kommissionen den ifølge ham uværdige måde, som han blev behandlet på i forbindelse med proceduren i henhold til vedtægtens artikel 73 og efterfølgende i forbindelse med den administrative procedure.

110 Det fremgår imidlertid ikke af sagens akter, at afgørelsen af 27. juli 2009, eller i øvrigt afslaget på klagen af 15. februar 2010, indeholder en udtrykkelig negativ vurdering af sagsøgerens kompetencer, som kan være sårende for ham. Det samme gælder lægeudvalgets erklæring af 27. november 2008, hvorpå disse to afgørelser er baseret.

111 Imidlertid konstateres, at sagsøgeren som følge af denne annullationsdom igen befinder sig i en venteposition hvad angår den endelige afgørelse af den procedure, der blev indledt i henhold til vedtægtens artikel 73 efter ulykken af 8. december 2003. En sådan forlængelse af situationen med afventning og usikkerhed, som er forårsaget af, at afgørelsen af 27. juli 2009 er ulovlig, udgør en ikke-økonomisk skade, som efter ret og billighed vurderes til 2 500 EUR.

112 Eftersom den pågældende ikke-økonomiske skade følger direkte af afgørelsen af 27. juli 2009, kan Kommissionen i denne forbindelse ikke med føje påberåbe sig en formalitetsindsigelse om, at den allerede har truffet afgørelse, ved en afgørelse, som er blevet endelig, vedrørende et tilsvarende krav om erstatning, som blev indgivet af sagsøgeren i henhold til vedtægtens artikel 90, stk. 1.

113 Følgelig bør Kommissionen tilpligtes at betale sagsøgeren et beløb på 2 500 EUR for den ikke-økonomiske skade.

Om påstanden om nærmere bestemt at opnå en ny vurdering af AIPP af et lægeudvalg, som er sammensat upartisk og på grundlag af den tidligere dækningsordning

114 Ifølge fast retspraksis tilkommer det ikke Unionens retsinstanser at pålægge administrationen påbud eller at fremkomme med retlige konstateringer inden for rammerne af den retlige kontrol, der bygger på vedtægtens artikel 91 (jf. f.eks. Rettens dom af 12.6.2002, sag T-187/01, Mellone mod Kommissionen, præmis 16).

115 Sagsøgeren har nedlagt påstand om, at Personaleretten træffer afgørelse vedrørende bedømmelsen af sagsøgerens AIPP-grad på grundlag af den tabel til evaluering af AIPP, der var vedlagt den tidligere dækningsordning, samt om, at »et lægeudvalg, der er sammensat upartisk, uafhængigt og neutralt, og som kan arbejde hurtigt, uafhængigt og uden forhåndsslutninger […] foretager en fornyet undersøgelse af den ansøgning, som sagsøgeren indgav i medfør af vedtægtens artikel 73«. For så vidt som sagsøgeren således har fremsat påstande, som tilsigter at opnå en retlig konstatering eller et påbud over for administrationen, bør disse påstande afvises.

116 Herefter annulleres afgørelsen af 27. juli 2009, og Kommissionen tilpligtes at betale sagsøgeren et beløb på 2 500 EUR for den ikke-økonomiske skade. I øvrigt bør sagsøgerens påstande forkastes.

Sagens omkostninger

117 I henhold til procesreglementets artikel 87, stk. 1, pålægges det, medmindre andet følger af dette reglements andet afsnit, ottende kapitel, den tabende part at betale sagens omkostninger, hvis der er nedlagt påstand herom. I medfør af denne artikels stk. 2 kan Personaleretten, såfremt dette findes rimeligt, træffe bestemmelse om, at den tabende part kun pålægges at betale en del af sagens omkostninger eller slet ikke pålægges at betale sagsomkostninger.

118 Det følger af denne doms præmisser, at Kommissionen i det væsentlige har tabt sagen. Sagsøgeren har endvidere udtrykkeligt nedlagt påstand om, at Kommissionen tilpligtes at betale sagsomkostningerne. De foreliggende omstændigheder kan ikke begrunde anvendelsen af procesreglementets artikel 87, stk. 2, hvorfor Kommissionen pålægges at bære sine egne omkostninger og at betale sagsøgerens sagsomkostninger.

På grundlag af disse præmisser

udtaler og bestemmer

PERSONALERETTEN (Tredje Afdeling):

1) Afgørelsen af 27. juli 2009 om at afslutte den procedure, der blev indledt efter artikel 73 i vedtægten for tjenestemænd i Den Europæiske Union som følge af den ulykke, Christian Guittet var udsat for den 8. december 2003, annulleres.

2) Europa-Kommissionen betaler 2 500 EUR til Christian Guittet.

3) I øvrigt frifindes Kommissionen.

4) Kommissionen bærer sine egne omkostninger og betaler Christian Guittets sagsomkostninger.

Van Raepenbusch Barents Bradley

Afsagt i offentligt retsmøde i Luxembourg den 13. juni 2012.

Justitssekretær
W. Hakenberg

Afdelingsformand
S. Van Raepenbusch