



## Sammlung der Rechtsprechung

URTEIL DES GERICHTS FÜR DEN ÖFFENTLICHEN DIENST DER EUROPÄISCHEN UNION  
(Dritte Kammer)

13. Juni 2012\*

„Öffentlicher Dienst — Ehemaliger Beamter — Soziale Sicherheit — Unfall — Abschluss des Verfahrens zur Anwendung von Art. 73 des Statuts — Zeitliche Geltung der Tabelle im Anhang der neuen Regelung zur Sicherung der Beamten bei Unfällen und Berufskrankheiten — Dauer des Verfahrens“

In der Rechtssache F-31/10

betreffend eine Klage nach Art. 270 AEUV, der nach Art. 106a EA auch für den EAG-Vertrag gilt,

**Christian Guittet**, ehemaliger Beamter der Europäischen Kommission, wohnhaft in Cannes (Frankreich), Prozessbevollmächtigter: L. Levi, avocat,

Kläger,

gegen

**Europäische Kommission**, vertreten durch J. Currall und D. Martin als Bevollmächtigte im Beistand von J.-L. Fagnart, avocat,

Beklagte,

erlässt

DAS GERICHT FÜR DEN ÖFFENTLICHEN DIENST

(Dritte Kammer)

unter Mitwirkung des Präsidenten S. Van Raepenbusch (Berichterstatter) sowie der Richter R. Barents und K. Bradley,

Kanzler: J. Tomac, Verwaltungsrat,

aufgrund des schriftlichen Verfahrens und auf die mündliche Verhandlung vom 7. März 2012

folgendes

\* Verfahrenssprache: Französisch.

## Urteil

- 1 Herr Guittet, ein ehemaliger Beamter der Europäischen Kommission, beantragt mit Klageschrift, die am 14. Mai 2010 bei der Kanzlei des Gerichts eingegangen ist, u. a. die Aufhebung der Entscheidung vom 27. Juli 2009, mit der die Anstellungsbehörde das nach Art. 73 des Statuts der Beamten der Europäischen Union (im Folgenden: Statut) eröffnete Verfahren abgeschlossen und den Grad der Beeinträchtigung der körperlichen und seelischen Unversehrtheit (im Folgenden: Beeinträchtigungsgrad) auf 64,5 % festgesetzt hat.

### Rechtlicher Rahmen

#### *Statut*

- 2 In Art. 73 Abs. 1 und 2 des Statuts ist bestimmt:

„1. Der Beamte wird vom Tage seines Dienstantritts an gemäß einer von den Organen der [Union] im gegenseitigen Einvernehmen nach Stellungnahme des Statutsbeirats beschlossenen Regelung für den Fall von Berufskrankheiten und Unfällen gesichert. ...

2. Als Leistungen werden garantiert:

...

- b) bei dauernder Vollinvalidität:

Zahlung eines Kapitalbetrags in achtfacher Höhe des jährlichen Grundgehalts, bemessen nach den Monatsgrundgehältern des Beamten in den letzten zwölf Monaten vor dem Unfall;

- c) bei dauernder Teilinvalidität:

Zahlung eines Teiles des unter Buchstabe b) vorgesehenen Betrages, berechnet nach der Tabelle der in Absatz 1 genannten Regelung.

...

Die in diesem Absatz genannten Leistungen können zusätzlich zu den in Kapitel 3 vorgesehenen Leistungen gewährt werden.“

#### *Gemeinsame Regelung gemäß Art. 73 des Statuts*

#### Anwendungsbereich und Übergangsbestimmungen

- 3 Am 1. Januar 2006 trat die in Art. 73 Abs. 1 des Statuts vorgesehene, den Organen der Europäischen Union gemeinsame Regelung zur Sicherung bei Unfällen und Berufskrankheiten (im Folgenden: Gemeinsame Regelung oder neue Gemeinsame Regelung) in Kraft, die an die Stelle der früheren Gemeinsamen Regelung in ihrer letzten Fassung vom 18. Juli 1997 (im Folgenden: alte Gemeinsame Regelung) trat.

4 Art. 1 der Gemeinsamen Regelung lautet:

„In Durchführung von Artikel 73 des Statuts werden in dieser Regelung die Voraussetzungen festgelegt, unter denen der Versicherte weltweit im Falle von Berufskrankheiten und Unfällen gesichert ist.

Versicherter im Sinne dieser Regelung ist:

- der Beamte;
- der Zeitbedienstete;
- der Vertragsbedienstete.“

5 Art. 30 der Gemeinsamen Regelung enthält folgende Übergangsvorschriften:

„Die [alte] gemeinsame Regelung ... wird aufgehoben.

Sie gilt jedoch weiterhin für alle Entscheidungsentwürfe, die gemäß Artikel 20 Absatz 1 vor dem 1. Januar 2006 angenommen wurden ...“

6 Art. 31 der Gemeinsamen Regelung bestimmt:

„[Die neue Gemeinsame] Regelung tritt am ersten Tag des Monats in Kraft, der auf den Monat folgt, in dem der Präsident des Gerichtshofs der Europäischen [Union] gemäß Artikel 73 Absatz 1 des Statuts das gegenseitige Einvernehmen der Organe festgestellt hat.

Sie gilt vom gleichen Tage an.“

Begriff der dauernden Dienstunfähigkeit

7 Art. 11 („Dauernde Dienstunfähigkeit“) der Gemeinsamen Regelung lautet wie folgt:

„(1) Die dauernde Voll- oder Teilinvalidität richtet sich nach dem [Beeinträchtigungsgrad] nach Maßgabe der europäischen Tabelle zur Bewertung der Beeinträchtigung der physischen und psychischen Integrität (im Anhang A).

Die Einzelheiten der praktischen Anwendung der Tabelle sind in Anhang B geregelt.

...

(2) Bei dauernder Vollinvalidität infolge eines Unfalls oder einer Berufskrankheit beträgt der Beeinträchtigungsgrad 100 %, und der Versicherte erhält den in Artikel 73 Absatz 2 Buchstabe b des Statuts vorgesehenen Kapitalbetrag.

(3) Bei dauernder Teilinvalidität infolge eines Unfalls oder einer Berufskrankheit erhält der Versicherte den in Artikel 73 Absatz 2 Buchstabe c des Statuts vorgesehenen Kapitalbetrag, der sich nach den Sätzen der ... Tabelle bemisst.

(4) Waren die verletzten Körperteile oder Organe schon vor der Verletzung nicht mehr unversehrt, so richtet sich die Entschädigung lediglich nach dem Unterschied zwischen dem Zustand nach und vor dem Unfall.

(5) ...

(6) Wird durch ein und denselben Unfall eine mehrfache Invalidität ausgelöst, so sind die einzelnen Entschädigungen zusammenzurechnen, doch darf die Gesamtentschädigung weder den vollen Kapitalbetrag übersteigen, der bei dauernder Vollinvalidität gewährt wird, noch den Teilbetrag, der bei vollständigem Verlust oder völligem Funktionsausfall des verletzten Körperteils oder Organs gezahlt wird.“

8 Die alte Gemeinsame Regelung bestimmte in Art. 12:

„1. Bei dauernder Vollinvalidität infolge eines Unfalls oder einer Berufskrankheit erhält der Beamte den in Artikel 73 Absatz 2 Buchstabe b) des Statuts vorgesehenen Kapitalbetrag.

2. Bei dauernder Teilinvalidität infolge eines Unfalls oder einer Berufskrankheit erhält der Beamte einen Kapitalbetrag, der sich nach den Sätzen der Invaliditätstabelle im Anhang bemisst.“

#### Zusätzliche Entschädigung

9 Gemäß Art. 13 der Gemeinsamen Regelung erhält der Versicherte bei einer ästhetischen Beeinträchtigung, einer sexuellen Beeinträchtigung (außer dem Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit), nicht objektivierbaren, jedoch medizinisch plausiblen außergewöhnlich starken Schmerzen sowie einer Beeinträchtigung der Ausübung von Freizeittätigkeiten, die für den Versicherten von besonderer Bedeutung waren, nach Stellungnahme der von den Organen bestellten Ärzten oder des Ärztensausschusses nach Art. 22 zusätzlich zu dem für dauernde Teilinvalidität zu zahlenden Betrag eine Entschädigung.

Die Höhe der Entschädigung wird nach Maßgabe der Bewertungstabelle für bestimmte besondere Beeinträchtigungen in Anhang C festgesetzt.

#### Verfahrensvorschriften

10 Nach Art. 18 der Gemeinsamen Regelung trifft die Anstellungsbehörde die Entscheidung über das Vorliegen eines Unfalls, die Entscheidung über die Anerkennung einer Krankheit als Berufskrankheit sowie die Entscheidung über den Grad einer dauernden Invalidität nach dem Verfahren des Art. 20 der genannten Regelung aufgrund der Stellungnahme des oder der von den Organen bestellten Ärzte und, falls der Versicherte dies verlangt, nach Einholung des Gutachtens des Ärztensausschusses nach Art. 22 der Regelung.

11 Abs. 3 des Art. 19 („Konsolidierung des Zustands“) der Gemeinsamen Regelung lautet:

„Die Entscheidung über den Invaliditätsgrad ergeht nach der Konsolidierung der Verletzungen des Versicherten. Die Folgen des Unfalles oder der Berufskrankheit sind konsolidiert, wenn sie sich stabilisiert haben oder abzusehen ist, dass sie sich nur noch sehr langsam und in sehr begrenztem Umfang abschwächen werden. Zu diesem Zweck hat der Versicherte einen ärztlichen Bericht vorzulegen, in dem die Konsolidierung seines Zustandes festgestellt und die Art der Verletzungen angegeben wird. Der oder die vom Organ bestellten Ärzte oder der Ärztensausschuss nach Artikel 22 können jedoch auch ohne Vorliegen dieses ärztlichen Berichts über die Konsolidierung befinden.

...“

12 Art. 20 der Gemeinsamen Regelung bestimmt:

„(1) Bevor die Anstellungsbehörde eine Entscheidung gemäß Artikel 18 trifft, stellt sie dem Versicherten oder den sonstigen Anspruchsberechtigten einen Entscheidungsentwurf zu, dem sie die Stellungnahme des oder der von dem Organ bestellten Ärzte beifügt. Der Versicherte oder die sonstigen Anspruchsberechtigten können beantragen, dass der vollständige ärztliche Bericht einem Arzt ihrer Wahl übersandt oder ihm bzw. ihnen mitgeteilt wird.

(2) Der Versicherte oder die sonstigen Anspruchsberechtigten können binnen 60 Tagen beantragen, das Gutachten des Ärzteausschusses nach Artikel 22 einzuholen. Im Antrag auf Befassung des Ärzteausschusses ist der Name des Arztes anzugeben, der den Versicherten oder die sonstigen Anspruchsberechtigten vertritt; dem Antrag ist ein Bericht dieses Arztes beizufügen, in welchem angegeben wird, in welchen medizinischen Fragen die Stellungnahme des oder der im Zusammenhang mit der Anwendung dieser Regelung vom Organ bestellten Ärzte bestritten werden.

(3) Geht bis zum Ablauf dieser Frist kein Antrag auf Einholung eines Gutachtens des Ärzteausschusses ein, so trifft die Anstellungsbehörde ihre Entscheidung entsprechend dem übermittelten Entwurf.“

13 Art. 20 Abs. 1 der alten Gemeinsamen Regelung lautete:

„Die Entscheidung über den Invaliditätsgrad ergeht nach der Konsolidierung der Verletzungen des Beamten. Zu diesem Zweck hat der Beamte einen ärztlichen Bericht vorzulegen, in dem die Heilung oder die Konsolidierung seines Zustandes festgestellt und die Art der Verletzungen angegeben wird.“

14 Art. 22 der Gemeinsamen Regelung („Ärzteausschuss“) bestimmt:

„(1) Der Ärzteausschuss setzt sich aus drei Ärzten zusammen, von denen:

- der erste von dem Versicherten oder den sonstigen Anspruchsberechtigten,
- der zweite von der Anstellungsbehörde,
- der dritte einvernehmlich von diesen beiden zuvor benannten Ärzten

benannt wird.

Lässt sich binnen zwei Monaten nach der Benennung des zweiten Arztes kein Einvernehmen über die Benennung des dritten Arztes herstellen, so wird der dritte Arzt auf Antrag eines der Beteiligten vom Präsidenten des Gerichtshofes der Europäischen Gemeinschaften bestellt.

Der dritte Arzt muss, gleich auf welche Weise er benannt worden ist, über Fachwissen im Bereich der Bewertung und Behandlung körperlicher Schäden verfügen.

(2) Das Organ legt den Auftrag fest, den es dem Ärzteausschuss erteilt. Der Auftrag bezieht sich auf die medizinischen Fragen, die in dem gemäß Artikel 20 Absatz 2 übermittelten Bericht des Arztes, der den Versicherten oder die sonstigen Anspruchsberechtigten vertritt, oder anderen einschlägigen ärztlichen Berichten aufgeworfen werden.

Die Honorare und Spesen der im Ärzteausschuss vertretenen Ärzte werden anhand einer von den Verwaltungsleitern der Organe ... erstellten Tabelle festgelegt und richten sich nach der Komplexität des jeweils vom Ärzteausschuss zugewiesenen Falls.

Bevor der Auftrag des Ärzteausschusses bestätigt wird, unterrichtet das Organ den Versicherten oder die sonstigen Anspruchsberechtigten über die Honorare und Spesen, die sie nach Absatz 4 möglicherweise zu tragen haben. Auf keinen Fall können der Versicherte oder die sonstigen Anspruchsberechtigten den dritten Arzt wegen der Höhe der von diesem verlangten Honorare und Spesen ablehnen. Es steht ihnen jedoch jederzeit frei, auf das Verfahren der Befassung des Ärzteausschusses zu verzichten. In diesem Falle haben der Versicherte oder die sonstigen Anspruchsberechtigten für die Arbeiten, die bereits geleistet wurden, die Honorare und Spesen des von ihm bzw. ihnen benannten Arztes sowie die Hälfte der Honorare und Spesen des dritten Arztes zu tragen.

Unabhängig von dem, was das Organ zu zahlen akzeptiert, haben der Versicherte oder die sonstigen Anspruchsberechtigten seinem Arzt die Honorare zu vergüten, die er mit ihm vereinbart hat.

(3) Der Ärzteausschuss prüft auf kollegiale Weise sämtliche vorliegenden Unterlagen, die ihm bei seinen Bewertungen von Nutzen sein könnten; alle Entscheidungen werden mehrheitlich getroffen. Der Ärzteausschuss hat selbst zu regeln, auf welche Weise er im Einzelnen vorgeht. Der dritte Arzt führt das Sekretariat und fasst das Gutachten ab. Der Ärzteausschuss kann zusätzliche Untersuchungen beantragen und Sachverständige befragen, um die Akte zu vervollständigen oder Stellungnahmen einzuholen, die zur Durchführung seines Auftrags von Nutzen sind.

Der Ärzteausschuss kann nur zu dem Sachverhalt medizinisch Stellung nehmen, der ihm zur Bewertung vorgelegt oder ihm zur Kenntnis gebracht wird.

Gelangt der Ärzteausschuss, dessen Auftrag sich auf den rein medizinischen Aspekt des Vorgangs beschränkt, zu der Auffassung, dass die Angelegenheit den Charakter eines Rechtsstreites hat, so erklärt er sich als nicht zuständig.

Zum Abschluss seiner Arbeiten hält der Ärzteausschuss seine Schlussfolgerungen in einem Gutachten fest, das er der Anstellungsbehörde zuleitet.

Auf der Grundlage dieses Gutachtens übermittelt die Anstellungsbehörde dem Versicherten oder den sonstigen Anspruchsberechtigten ihre Entscheidungen, denen die Schlussfolgerungen des Ärzteausschusses beigelegt sind. Der Versicherte oder die sonstigen Anspruchsberechtigten können verlangen, dass das vollständige Gutachten des Ärzteausschusses dem Arzt ihrer Wahl übermittelt oder ihnen mitgeteilt wird.

(4) Die Kosten, die durch die Arbeiten des Ärzteausschusses entstehen, trägt das Organ, dem der Versicherte angehört.

Entspricht das Gutachten des Ärzteausschusses dem Entscheidungsentwurf der Anstellungsbehörde, der dem Versicherten oder den sonstigen Anspruchsberechtigten zugestellt wurde, so haben der Versicherte oder die sonstigen Anspruchsberechtigten jedoch die Honorare und Nebenkosten des von ihnen gewählten Arztes in voller Höhe sowie die Honorare und Nebenkosten des dritten Arztes zur Hälfte zu tragen, während die übrigen Kosten zu Lasten des Organs gehen.

...“

15 Die alte Gemeinsame Regelung sah in Art. 23 bezüglich des Ärzteausschusses Folgendes vor:

„1. Der Ärzteausschuss setzt sich aus drei Ärzten zusammen, von denen

— der erste von der Anstellungsbehörde,

— der zweite von dem Beamten oder den sonstigen Anspruchsberechtigten,

— der dritte einvernehmlich von diesen beiden zuvor genannten Ärzten

benannt wird.

Lässt sich binnen zwei Monaten nach der Benennung des zweiten Arztes kein Einvernehmen über die Benennung des dritten Arztes herstellen, so wird der dritte Arzt auf Antrag eines der Beteiligten vom Präsidenten des Gerichtshofes der Europäischen Gemeinschaften bestellt.

Der Ärzteausschuss erstattet bei Abschluss seiner Arbeiten ein Gutachten, das er der Anstellungsbehörde und dem Beamten oder den sonstigen Anspruchsberechtigten zuleitet.

2. Die Kosten, die durch die Arbeiten des Ärzteausschusses entstehen, trägt das Organ, dem der Beamte angehört.

Ist der vom Beamten benannte Arzt außerhalb des Ortes der dienstlichen Verwendung des Beamten ansässig, so trägt der Beamte die durch diese Benennung entstehenden Mehrkosten mit Ausnahme der Reisekosten für die erste Klasse bei Benutzung der Eisenbahn und der Economy-Klasse bei Benutzung eines Flugzeugs, die von dem Organ erstattet werden. Dies gilt nicht, wenn es sich um einen Unfall, der in Ausübung oder anlässlich der Ausübung des Dienstes oder auf dem Weg zum oder vom Arbeitsplatz eingetreten ist, oder um eine Berufskrankheit handelt.

Entspricht das Gutachten des Ärzteausschusses dem gemäß Artikel 21 dem Beamten oder den sonstigen Anspruchsberechtigten zugestellten Entscheidungsentwurf der Anstellungsbehörde, so haben diese die Honorare und Nebenkosten des von ihnen gewählten Arztes in voller Höhe sowie die Honorare und Nebenkosten des dritten Arztes zur Hälfte zu tragen, während die übrigen Kosten zu Lasten des Organs gehen; dies gilt nicht, wenn es sich um einen Unfall handelt, der in Ausübung oder anlässlich der Ausübung des Dienstes oder auf dem Weg zum oder vom Arbeitsplatz eingetreten ist.

In Ausnahmefällen kann die Anstellungsbehörde jedoch nach Stellungnahme des von ihr bestellten Arztes beschließen, dass sämtliche in den vorstehenden Unterabsätzen bezeichneten Kosten zu Lasten des Organs gehen.“

## Sachverhalt

- 16 Der Kläger erlitt am 8. Dezember 2003 einen schweren Unfall. Der Unfall führte dazu, dass er ab 1. Juli 2005 wegen Dienstunfähigkeit nach Art. 78 des Statuts in den Ruhestand versetzt wurde.
- 17 Aufgrund der Unfallmeldung, die die Ehefrau des Klägers abgab, leitete die Kommission ein Verfahren gemäß Art. 73 des Statuts ein.
- 18 Am 10. April 2005 erstellte der vom Organ bestellte Arzt zwecks Festsetzung eines Vorschusses einen Zwischenbericht. In diesem Bericht vertrat er die Auffassung, dass der Grad der dauernden Dienstunfähigkeit im Zeitpunkt der Konsolidierung bei mindestens 20 % liegen werde.
- 19 Am 30. Mai 2005 wandte sich der Kläger an das Amt für die Feststellung und Abwicklung individueller Ansprüche (im Folgenden: PMO) und beantragte die Überprüfung seines Falles, damit der unstrittige Grad der dauernden Dienstunfähigkeit „in einer Höhe [festgesetzt wird], die realitätsgerechter ist“.
- 20 Das PMO gab diesem Antrag statt und forderte den vom Organ bestellten Arzt auf, den nicht streitigen Teil des Grads der dauernden Dienstunfähigkeit zu bestimmen und dabei gegebenenfalls die Argumente zu berücksichtigen, die der Kläger zugunsten eines höheren Grads vorgebracht hatte.

- 21 In einem zweiten Zwischenbericht vom 1. Juli 2005 vertrat der vom Organ bestellte Arzt die Auffassung, dass der unstreitige Grad der dauernden Dienstunfähigkeit auf 40 % festgesetzt werden könne.
- 22 Auf der Grundlage dieses Berichts gewährte das PMO dem Kläger mit Entscheidung vom 8. August 2005 einen Vorschuss in Höhe von 381 812,22 Euro. Der Kläger erhielt diesen Vorschuss im November 2005.
- 23 Zwischenzeitlich hatte der Kläger bezüglich der Konsolidierung seiner Verletzungen dem PMO einen Bericht gesandt, der am 28. Juni 2005 von einem von ihm bestellten Arzt gefertigt worden war und zum Ergebnis gelangte, dass die Verletzungen des Klägers konsolidiert seien. Ohne dass ihr insoweit widersprochen worden wäre, führt die Kommission aus, der Bericht sei dem PMO am 30. Juni 2005 übermittelt worden.
- 24 In einem Bericht vom 21. September 2006, der aufgrund des Art. 20 Abs. 1 der Gemeinsamen Regelung gefertigt worden war, stellte der vom Organ bestellte Arzt fest, dass die Verletzungen des Klägers seit 28. Juni 2005 konsolidiert seien; er führte unter Heranziehung der neuen Gemeinsamen Regelung aus, dass der Beeinträchtigungsgrad des Klägers bei 62 % liege und sich wie folgt zusammensetze: 37 % für Verletzungen im Hals-Nasen-Ohren-Bereich (12 % für Hörverlust, 3 % für Tinnitus, 20 % für Gleichgewichtsstörungen und 2 % für Geruchssinn), 15 % für rheumatologische Störungen und 10 % für psychische Beeinträchtigungen. Er stellte ferner fest, dass der Kläger unter einer ständigen ästhetischen Beeinträchtigung von 3/7 leide, die eine zusätzliche Entschädigung von 1,5 % rechtfertige.
- 25 Mit Entscheidungsentwurf vom 7. November 2006 gewährte die Anstellungsbehörde dem Kläger auf der Grundlage des Berichts des vom Organ bestellten Arztes vom 21. September 2006 einen Kapitalbetrag von 606 126,90 Euro, der einem Beeinträchtigungsgrad von 63,5 % entsprach; von diesem Kapitalbetrag war der dem Kläger gezahlte Vorschuss in Höhe von 381 812,22 Euro abzuziehen. Ende des Jahres 2006 erhielt der Kläger damit zusätzlich zu dem bereits erhaltenen Vorschuss eine Zahlung von 224 314,68 Euro.
- 26 Da der Kläger mit dem Entscheidungsentwurf vom 7. November 2006 nicht einverstanden war, beantragte er mit Schreiben vom 18. Januar 2007 die Befassung des Ärzteausschusses.
- 27 Nachdem es dem vom Kläger und dem vom Organ benannten Arzt nicht gelungen war, sich auf den Namen eines dritten Arztes im Ärzteausschuss zu einigen, wandte sich der Kläger mit Schreiben vom 5. Mai 2007 an den Präsidenten des Gerichtshofs, damit dieser von Amts wegen den Arzt benennt. Nach Kenntnisnahme von der Ernennung und der Annahme des Amtes durch den dritten Arzt beauftragte ihn das PMO am 25. Juli 2007 im Namen des Ärzteausschusses.
- 28 Der Ärzteausschuss hielt zwei Sitzungen ab, nämlich am 3. Januar und 13. Oktober 2008, in deren Folge der dritte Arzt unter dem Datum des 12. November 2008 einen Bericht erstellte (im Folgenden: Bericht des Ärzteausschusses).
- 29 Der Bericht des Ärzteausschusses bestätigt, dass der Beeinträchtigungsgrad des Klägers bei 62 % liege und dass die ständige ästhetische Beeinträchtigung von 3/7 eine zusätzliche Entschädigung von 1,5 % rechtfertige. Er stellt ferner fest, dass die erlittenen Beeinträchtigungen der Lebensfreude des Klägers 2/7 betrogen und eine zusätzliche Entschädigung von 1 % rechtfertigten.
- 30 Der Bericht des Ärzteausschusses bestätigt auch den Zeitpunkt, zu dem die Verletzungen des Klägers konsolidiert waren, nämlich am 28. Juni 2005.
- 31 Der Bericht des Ärzteausschusses wurde von dem Arzt unterzeichnet, der vom Organ benannt worden war.



- 32 Mit Schreiben vom 2. Dezember 2008, 21. Januar 2009 und 28. März 2009 erklärte der vom Kläger benannte Arzt, dass er mit dem Bericht des Ärzteausschusses nicht einverstanden sei; er unterzeichnete diesen jedoch letztlich und sandte ihn am 28. März 2009 dem dritten Arzt zu. In Bezug auf die Schlussfolgerungen, zu denen der genannte Bericht gelangte, machte der vom Kläger benannte Arzt geltend, dass der Ärzteausschuss die alte Tabelle zur Bewertung des Beeinträchtigungsgrads hätte benutzen müssen, was zu einem höheren Grad der dauernden Dienstunfähigkeit geführt hätte.
- 33 Der Bericht des Ärzteausschusses ging am 9. Juni 2009 bei dem PMO ein. Aufgrund dieses Berichts erkannte die Anstellungsbehörde dem Kläger mit Bescheid vom 27. Juli 2009 einen Beeinträchtigungsgrad von insgesamt 64,5 % zu und wies ihn darauf hin, dass der ihm geschuldete Unterschiedsbetrag, der sich auf 9 543,31 Euro belaufe und einem Beeinträchtigungsgrad von 1 % entspreche, an ihn zur Auszahlung komme. Der genannte Betrag wurde am 9. November 2009 an den Kläger gezahlt.
- 34 Am 23. Oktober 2009 legte der Kläger gemäß Art. 90 Abs. 2 des Statuts Beschwerde gegen die Entscheidung der Anstellungsbehörde vom 27. Juli 2009 ein. Die Beschwerde wurde durch eine ausführliche Begründung vom 8. Dezember 2009 ergänzt. Diese Beschwerde wurde mit Entscheidung der Anstellungsbehörde vom 15. Februar 2010 zurückgewiesen.

### **Anträge der Parteien**

- 35 Der Kläger beantragt,
- die Entscheidung der Anstellungsbehörde vom 27. Juli 2009 aufzuheben, mit der das nach Art. 73 des Statuts in der Folge des Unfalls vom 8. Dezember 2003 eröffnete Verfahren abgeschlossen wurde und ihm ein Beeinträchtigungsgrad von 64,5 % zuerkannt wurde;
  - soweit erforderlich, die Entscheidung vom 15. Februar 2010 aufzuheben, mit der seine Beschwerde zurückgewiesen worden ist;
  - folglich darauf zu erkennen, dass die Bewertung seines Beeinträchtigungsgrads auf der Grundlage der Gemeinsamen Regelung und der Tabelle zur Bewertung des Beeinträchtigungsgrads zu erfolgen hat, die am Tag des Unfalls und bis zum 1. Januar 2006 gegolten haben, und die Prüfung des vom Kläger nach Art. 73 des Statuts eingereichten Antrags durch einen unparteiisch, unabhängig und neutral zusammengesetzten Ärzteausschuss, der rasch, unabhängig und unvoreingenommen arbeiten kann, wiederaufzunehmen ist;
  - die Kommission zur Zahlung von Verzugszinsen auf den nach Art. 73 des Statuts geschuldeten Kapitalbetrag zu einem Zinssatz von 12 % für einen spätestens am 8. Dezember 2004 beginnenden Zeitraum bis zur vollständigen Zahlung des Kapitalbetrags zu verurteilen;
  - die Kommission zum Ersatz des durch die angefochtene Entscheidung erlittenen und nach billigem Ermessen auf 50 000 Euro festgesetzten immateriellen Schadens zu verurteilen;
  - als Ersatz des ihm entstandenen materiellen Schadens einen Betrag von 15 000 Euro festzusetzen;
  - der Kommission sämtliche Kosten aufzuerlegen.
- 36 Die Kommission beantragt,
- die Klage als teilweise unzulässig, jedenfalls aber als unbegründet abzuweisen;

— über die Kosten nach Rechtslage zu entscheiden.

## Rechtliche Würdigung

### *Zum Streitgegenstand*

- 37 Neben der Aufhebung der Entscheidung vom 27. Juli 2009, mit der die Anstellungsbehörde dem Kläger einen Beeinträchtigungsgrad von 64,5 % zuerkannte (im Folgenden: Entscheidung vom 27. Juli 2009), beantragt der Kläger die Aufhebung der Entscheidung vom 15. Februar 2010, mit der die Beschwerde zurückgewiesen wurde. Insoweit ist darauf hinzuweisen, dass der formal gegen die Zurückweisung einer Beschwerde gerichtete Aufhebungsantrag bewirkt, dass das Gericht mit der Handlung befasst wird, gegen die die Beschwerde gerichtet ist, wenn der Antrag als solcher keinen eigenständigen Gehalt hat (vgl. in diesem Sinne Urteil des Gerichtshofs vom 17. Januar 1989, Vainker/Parlament, 293/87, Randnr. 8; Urteil des Gerichts erster Instanz vom 6. April 2006, Camós Grau/Kommission, T-309/03, Randnr. 43).
- 38 Da der Aufhebungsantrag, der gegen die Entscheidung gerichtet ist, mit der die gegen die Entscheidung vom 27. Juli 2009 eingelegte Beschwerde zurückgewiesen wurde, im vorliegenden Fall keinen eigenständigen Gehalt hat, ist die Klage als gegen die Entscheidung vom 27. Juli 2009 gerichtet anzusehen.

### *Zu den Aufhebungsanträgen*

- 39 Der Kläger stützt seine Aufhebungsanträge auf folgende acht Klagegründe:
- erstens, Rechtswidrigkeit der auf ihn angewandten Tabelle zur Bewertung des Beeinträchtigungsgrads;
  - zweitens, Verstoß gegen eine zwischen der Europäischen Gemeinschaft und einer Versicherungsgesellschaft geschlossenen Vereinbarung sowie Verstoß gegen Art. 73 des Statuts, da die Kommission die Interessen „der Versicherer“ durchgesetzt habe;
  - drittens, Überschreitung der angemessenen Verfahrensdauer sowie Verstoß gegen den Grundsatz der ordnungsgemäßen Verwaltung und die Fürsorgepflicht;
  - viertens, Verstoß gegen den Grundsatz der Rechtssicherheit und das Rückwirkungsverbot sowie Beeinträchtigung wohlerworbener Rechte;
  - fünftens, die neue Gemeinsame Regelung könne ihm nicht entgegengehalten werden;
  - sechstens, fehlerhafte Bestellung des dritten Arztes des Ärzteausschusses und Verstoß gegen den Grundsatz von Treu und Glauben;
  - siebtens, Verstoß gegen die für die Arbeit im Ärzteausschuss geltenden Grundsätze der Kollegialität, der Unabhängigkeit, der Unparteilichkeit und der Neutralität;
  - achtens, Verstoß des Ärzteausschusses gegen seinen Auftrag, offensichtlicher Fehler des Berichts des Ärzteausschusses und fehlerhafte Begründung dieses Berichts.
- 40 Zunächst ist der vierte Klagegrund zu prüfen, mit dem ein Verstoß gegen den Grundsatz der Rechtssicherheit und das Rückwirkungsverbot sowie die Beeinträchtigung wohlerworbener Rechte gerügt werden.

Zum Klagegrund einer Beeinträchtigung wohlerworbener Rechte sowie eines Verstoßes gegen den Grundsatz der Rechtssicherheit und das Rückwirkungsverbot

– Zur Zulässigkeit des Klagegrundes

- 41 Die Kommission macht geltend, der in Rede stehende Klagegrund sei unzulässig. Er sei vom Kläger bereits im Rahmen einer Beschwerde vorgebracht worden, die zuvor in demselben Verfahren nach Art. 73 des Statuts erhoben worden sei. Diese Beschwerde sei aber mit Entscheidung vom 31. Juli 2006 zurückgewiesen worden, die mangels Anfechtung bestandskräftig geworden sei.
- 42 Es steht jedoch außer Zweifel und wird von der Kommission auch nicht bestritten, dass die Entscheidung vom 27. Juli 2009 eine beschwerende Maßnahme ist und dass die Zurückweisung der Beschwerde, auf die sich die Kommission beruft, vor der genannten Entscheidung liegt.
- 43 Der Kläger kann daher alle Gründe, Argumente oder Umstände geltend machen, die geeignet sind, die Rechtmäßigkeit einer beschwerenden Maßnahme in Frage zu stellen, selbst wenn er dieselben Gründe, Argumente oder Umstände bereits zur Begründung einer früheren Beschwerde vorgebracht hat, die eine andere Maßnahme betraf (vgl. in diesem Sinne Urteil des Gerichts vom 14. September 2011, A/Kommission, F-12/09, Randnr. 136, Rechtsmittel beim Gericht der Europäischen Union anhängig, Rechtssache T-595/11 P).

– Zur Begründetheit des Klagegrundes

- 44 Gemäß den Art. 30 und 31 der neuen Gemeinsamen Regelung wird die alte Gemeinsame Regelung aufgehoben; die neue Gemeinsame Regelung tritt am ersten Tag des Monats in Kraft, der auf den Monat folgt, in dem der Präsident des Gerichtshofs gemäß Art. 73 Abs. 1 des Statuts das gegenseitige Einvernehmen der Organe festgestellt hat, und gilt vom gleichen Tag an. Da vorliegend das gegenseitige Einvernehmen der Organe gemäß Art. 73 Abs. 1 des Statuts vom Präsidenten des Gerichtshofs am 13. Dezember 2005 festgestellt wurde, ist die neue Gemeinsame Regelung am 1. Januar 2006 in Kraft getreten. Art. 30 Abs. 2 der neuen Gemeinsamen Regelung legt jedoch fest, dass die alte Gemeinsame Regelung, die dahin zu verstehen ist, dass sie die ihr beigefügte Tabelle zur Bewertung des Beeinträchtigungsgrads einschließt, „weiterhin für alle Entscheidungsentwürfe [gilt], die [von der Anstellungsbehörde] vor dem 1. Januar 2006 angenommen wurden“, d. h. für alle Entscheidungsentwürfe, die vor diesem Datum angenommen wurden und die das Vorliegen eines Unfalls oder die Anerkennung einer Krankheit als Berufskrankheit, den Beeinträchtigungsgrad und den entsprechenden Kapitalbetrag betreffen.
- 45 Der Kläger trägt vor, die Anwendung der Tabelle zur Bewertung des Beeinträchtigungsgrads im Anhang der neuen Gemeinsamen Regelung auf seinen Fall beschneide ihn in seinen Rechten, die er unter der Geltung der Vorschriften der alten Gemeinsamen Regelung erworben habe. Durch den Unfall, die Unfallmeldung und sogar die Konsolidierung der Verletzungen würden Rechte begründet, die zu den jeweiligen Zeitpunkten in der Person des Versicherten entstünden. Auch wenn die Anstellungsbehörde im Rahmen des Verfahrens, das infolge des Unfalls vom 8. Dezember 2003 eingeleitet worden sei, noch keinen Entscheidungsentwurf angenommen habe, hätte auf ihn daher die Tabelle zur Bewertung des Beeinträchtigungsgrads angewandt werden müssen, die der alten Gemeinsamen Regelung als Anhang beigefügt gewesen sei.
- 46 Der Kläger macht daher geltend, Art. 30 der Gemeinsamen Regelung sei rechtswidrig, da er vorsehe, dass die Tabelle zur Bewertung des Beeinträchtigungsgrads im Anhang der alten Gemeinsamen Regelung nur dann weiterhin für die vor dem 1. Januar 2006 – dem Tag des Inkrafttretens der neuen Gemeinsamen Regelung – eingeleiteten Verfahren gelte, wenn das Verfahren zu diesem Zeitpunkt das Stadium des von der Anstellungsbehörde angenommenen Entscheidungsentwurfs erreicht habe,

während die alte Gemeinsame Regelung bis zum Abschluss des Verfahrens nach Art. 73 des Statuts fortgelten müsse, wenn der Unfall, die Unfallmeldung oder die Konsolidierung der Verletzungen vor dem 1. Januar 2006 eingetreten sei.

- 47 Insoweit ist zunächst zu beachten, dass nach einem allgemein anerkannten Grundsatz eine neue Vorschrift, soweit nichts Abweichendes bestimmt ist, unmittelbar auf den entstehenden Sachverhalt sowie auf die künftigen Auswirkungen eines Sachverhalts anwendbar ist, der unter der Geltung der alten Vorschrift entstanden, aber noch nicht vollständig abgeschlossen ist (vgl. in diesem Sinne Urteile des Gerichtshofs vom 15. Februar 1978, *Bauche und Delquignies*, 96/77, Randnr. 48; vom 16. Mai 1979, *Tomadini*, 84/78, Randnr. 21; vom 5. Februar 1981, *P./Kommission*, 40/79, Randnr. 12; vom 10. Juli 1986, *Licata/WSA*, 270/84, Randnr. 31, und vom 29. Januar 2002, *Pokrzeptowicz-Meyer*, C-162/00, Randnr. 50; Beschluss des Gerichtshofs vom 13. Juni 2006, *Echouikh*, C-336/05, Randnr. 54; Urteil des Gerichtshofs vom 22. Dezember 2008, *Centeno Mediavilla u. a./Kommission*, C-443/07 P, Randnrn. 61 bis 63; Urteile des Gerichts vom 30. November 2006, *Balabanis und Le Dour/Kommission*, F-77/05, Randnr. 39, und vom 4. September 2008, *Lafili/Kommission*, F-22/07, Randnr. 84).
- 48 Vorliegend ist somit zu prüfen, ob, wie der Kläger behauptet, der ihn betreffende Sachverhalt zu dem Zeitpunkt, zu dem die neue Gemeinsame Regelung in Kraft trat, also am 1. Januar 2006, unter der Geltung der Tabelle zur Bewertung des Beeinträchtigungsgrads, die der alten Gemeinsamen Regelung als Anhang beigefügt war, vollständig abgeschlossen war. Nur dann könnte tatsächlich anerkannt werden, dass die Tabelle der neuen Gemeinsamen Regelung – die übrigens nicht als Verfahrensvorschrift angesehen werden kann (vgl. *e contrario* Urteil des Gerichtshofs vom 6. Juli 1993, *CT Control [Rotterdam] und JCT Benelux/Kommission*, C-121/91 und C-122/91, Randnrn. 22 f.) – rückwirkend auf den Kläger angewandt wurde. In diesem Fall wäre die vom Kläger erhobene Einrede der Rechtswidrigkeit, insbesondere aber die Rechtmäßigkeit der rückwirkenden Anwendung der Tabelle der neuen Gemeinsamen Regelung unter Berücksichtigung der Grundsätze der Rechtssicherheit und des Vertrauensschutzes zu prüfen.
- 49 Bevor dieser Frage nachgegangen wird, ist darauf hinzuweisen, dass sich nach Art. 12 Abs. 2 der alten Gemeinsamen Regelung, wie im Übrigen auch nach Art. 11 Abs. 3 der neuen Gemeinsamen Regelung, bei dauernder Teilinvalidität der in Art. 73 Abs. 2 Buchst. c des Statuts vorgesehene Kapitalbetrag nach den Sätzen der den beiden Regelungen jeweils als Anhang beigefügten Tabelle zur Bewertung des Beeinträchtigungsgrads bemisst.
- 50 Der Fall eines Versicherten ist daher nur dann vollständig unter der Geltung der Tabelle zur Bewertung des Beeinträchtigungsgrads, die der alten Gemeinsamen Regelung als Anhang beigefügt war, abgeschlossen, wenn feststeht, dass er spätestens am Tag vor dem Inkrafttreten der neuen Gemeinsamen Regelung, also am 31. Dezember 2005, so beschaffen war, dass er zugunsten des Versicherten einen Anspruch auf Festsetzung des Beeinträchtigungsgrads nach den Sätzen der Tabelle zur Bewertung des Beeinträchtigungsgrads im Anhang der alten Gemeinsamen Regelung begründen konnte.
- 51 Der bloße Eintritt des Unfalls oder der Berufskrankheit reicht nicht aus, um in der Person des Versicherten einen Anspruch auf Festsetzung des Beeinträchtigungsgrads zu begründen.
- 52 Zwar bestimmt Art. 73 des Statuts, dass der Beamte für den Fall von Berufskrankheiten und Unfällen „vom Tage seines Dienstantritts an ... gesichert“ wird. Die Bestimmung sieht auch vor, dass die Leistungen in diesen Fällen dem Beamten „garantiert“ werden.
- 53 Auch wenn der Gesetzgeber der Union ein System der Versicherung gegen Unfälle und Berufskrankheiten geschaffen hat, so haben die Organe jedoch aufgrund des Art. 73 Abs. 1 des Statuts das Entstehen eines Anspruchs auf die betreffenden Versicherungsleistungen und damit die Gewährung dieser Leistungen von der Beachtung einer Reihe von Voraussetzungen abhängig gemacht.

- 54 Nach Art. 20 Abs. 1 der alten Gemeinsamen Regelung, wie im Übrigen auch nach Art. 19 Abs. 3 der neuen Gemeinsamen Regelung, kann daher die Entscheidung über den Beeinträchtigungsgrad erst nach der Konsolidierung der Verletzungen des Versicherten ergehen, wobei Konsolidierung den Zustand eines Verletzten beschreibt, dessen körperliche Verletzungen sich so stabilisiert haben, dass eine Heilung oder Besserung nicht mehr möglich erscheint und eine Behandlung grundsätzlich nicht mehr angezeigt ist, außer um eine Verschlechterung zu verhindern (Urteil des Gerichts erster Instanz vom 21. Mai 1996, W/Kommission, T-148/95, Randnr. 36).
- 55 Dies bedeutet, wie der Gerichtshof im Urteil vom 14. Juli 1981, Suss/Kommission (C-186/80, Randnr. 15; vgl. auch Urteil des Gerichts vom 17. Februar 2011, Strack/Kommission, F-119/07, Randnr. 88), festgestellt hat, dass der Anspruch auf Zahlung einer Leistung im Sinne des Art. 73 Abs. 2 Buchst. c des Statuts bei dauernder Teilinvalidität, wie im vorliegenden Fall, erst mit der Konsolidierung aller Verletzungen entsteht. Daher hat der Versicherte erst ab diesem Zeitpunkt einen Anspruch auf Festsetzung seines Beeinträchtigungsgrads.
- 56 Da der Fall des Versicherten in Bezug auf seinen Anspruch auf Festsetzung des Beeinträchtigungsgrads im Zeitpunkt der Konsolidierung seiner Verletzungen vollständig abgeschlossen ist, muss auf den Versicherten grundsätzlich die Tabelle zur Bewertung des Beeinträchtigungsgrads angewandt werden, die im Zeitpunkt dieser Konsolidierung in Kraft ist.
- 57 Im Übrigen unterscheidet sich entgegen den Ausführungen der Kommission der Fall eines Versicherten im Bereich der Sicherung bei Unfällen oder Berufskrankheiten deutlich von dem Fall eines erfolgreichen Teilnehmers an einem Auswahlverfahren im Bereich des Anspruchs auf Einstufung in eine Besoldungsgruppe, um den es im Urteil Centeno Mediavilla u. a./Kommission (Randnrn. 63 bis 68) ging. Die Einstufung des erfolgreichen Teilnehmers an einem Auswahlverfahren in die Besoldungsgruppe ist nämlich von der Ernennung des Betroffenen abhängig. Die Verwaltung verfügt aber bei der Ernennung der erfolgreichen Teilnehmer an einem Auswahlverfahren über ein weites Ermessen, wobei dieses weite Ermessen die Folge davon ist, dass die Rechtsvorschriften nicht vorsehen, dass den erfolgreichen Teilnehmern an einem Auswahlverfahren in dieser Eigenschaft ein Anspruch auf Ernennung zusteht. Dagegen beruht die Entschädigung des Versicherten infolge eines Unfalls oder einer Berufskrankheit nicht auf einer Entscheidung der Verwaltung, die aufgrund des ihr zustehenden weiten Ermessens getroffen wird, sondern auf der Feststellung einer dauernden Dienstunfähigkeit nach der Konsolidierung.
- 58 Zwar trifft es zu, dass, wie die Kommission ausführt, der Versicherte im Zeitpunkt der Konsolidierung der Verletzungen nur Gläubiger eines unbezifferten Anspruchs, nicht aber einer bezifferten Geldforderung ist, da der geschuldete Betrag erst im Augenblick der Entscheidung der Anstellungsbehörde festgesetzt wird, die den Beeinträchtigungsgrad und den entsprechenden Kapitalbetrag auf der Grundlage der ärztlichen Beurteilungen festlegt.
- 59 Wird jedoch die Forderung des Versicherten erst in dem Augenblick fällig, in dem die Anstellungsbehörde aufgrund der Stellungnahme des vom Organ bestellten Arztes oder des Ärzteausschusses die Entscheidung erlässt, mit der die Höhe des geschuldeten Kapitalbetrags festgesetzt wird, setzt diese Entscheidung, die grundsätzlich das gemäß Art. 73 des Statuts eingeleitete Verfahren abschließt, voraus, dass zuvor der Beeinträchtigungsgrad des Versicherten festgesetzt wurde. Im vorliegenden Fall gilt es aber nun gerade, zu klären, anhand welcher Tabelle für die Bewertung des Beeinträchtigungsgrads der vom Organ bestellte Arzt und gegebenenfalls der Ärzteausschuss den Beeinträchtigungsgrad eines Versicherten zu bewerten haben, bei dem die Konsolidierung der körperlichen oder psychischen Verletzungen vor dem Inkrafttreten der neuen Gemeinsamen Regelung eingetreten ist.
- 60 Falls schließlich, wie sich aus Art. 30 der neuen Gemeinsamen Regelung ergibt, der Zeitpunkt, zu dem die Anstellungsbehörde den Entscheidungsentwurf angenommen hat, der den Beeinträchtigungsgrad des Versicherten und den entsprechenden Kapitalbetrag festsetzt, als der für die Bestimmung der

anwendbaren Tabelle zur Bewertung des Beeinträchtigungsgrads maßgebliche Zeitpunkt heranzuziehen wäre, könnte dies dazu führen, dass auf Personen, bei denen die Konsolidierung der Verletzungen zur selben Zeit eingetreten ist, unterschiedliche Vorschriften angewandt werden, je nachdem wie schnell die Verwaltung bei der Bearbeitung des jeweiligen Falles war, wodurch die Gefahr von Willkür entstehen würde (vgl. zu dem auf die Festsetzung ergänzender Rentenansprüche anzuwendenden Recht Urteil des Gerichts der Europäischen Union vom 18. Oktober 2011, Purvis/Parlament, T-439/09, Randnrn. 39 f.).

- 61 Im vorliegenden Fall geht aus den Prozessakten und insbesondere aus dem Bericht des vom Organ bestellten Arztes vom 21. September 2006 hervor, dass der Zeitpunkt der Konsolidierung der Verletzungen des Klägers auf den 28. Juni 2005 festgelegt wurde. Von diesem Zeitpunkt an hatte der Kläger einen Anspruch darauf, dass sein Beeinträchtigungsgrad anhand der Tabelle zur Bewertung des Beeinträchtigungsgrads berechnet wird, die der zu diesem Zeitpunkt geltenden Regelung zur Sicherung bei Unfällen und Berufskrankheiten als Anhang beigefügt war, d. h. anhand der Tabelle zur Bewertung des Beeinträchtigungsgrads im Anhang der alten Gemeinsamen Regelung.
- 62 Angesichts dieser Erwägungen zeigt sich, dass Art. 30 der Gemeinsamen Regelung, soweit dieser vorsieht, dass die Tabelle im Anhang dieser Regelung, wenn ein den Beeinträchtigungsgrad festlegender Entscheidungsentwurf der Anstellungsbehörde nicht vorliegt, auf die durch einen Unfall oder eine Berufskrankheit geschädigten Versicherten anwendbar ist, deren Schädigungen vor Inkrafttreten des genannten Artikels, d. h. vor dem 1. Januar 2006, konsolidiert waren, in Bezug auf diese Versicherten Sachverhalte erfasst, die unter der Geltung der Tabelle für die Bewertung des Beeinträchtigungsgrads im Anhang der alten Gemeinsamen Regelung vollständig abgeschlossen waren. Art. 30 der Gemeinsamen Regelung verleiht der ihr als Anhang beigefügten Tabelle daher insoweit rückwirkende Kraft.
- 63 Im Allgemeinen verbietet es aber der Grundsatz der Rechtssicherheit, den Beginn der zeitlichen Geltung eines Rechtsakts der Union auf einen Zeitpunkt vor dessen Inkrafttreten zu legen (vgl. in diesem Sinne Urteil des Gerichtshofs vom 22. November 2001, Niederlande/Rat, C-110/97, Randnr. 151 und die dort angeführte Rechtsprechung).
- 64 Anders kann es jedoch ausnahmsweise dann sein, wenn das angestrebte Ziel es verlangt und das berechnete Vertrauen der Betroffenen gebührend beachtet ist (Urteile des Gerichtshofs vom 25. Januar 1979, Racke, 98/78, Randnr. 20; vom 13. November 1990, Fedesa u. a., C-331/88, Randnr. 45, und Niederlande/Rat, Randnr. 151).
- 65 Im vorliegenden Fall sind die in der vorstehenden Randnummer angeführten Voraussetzungen nicht erfüllt. Erstens hat die Kommission nicht dargetan, dass ein Ziel existiert, das die rückwirkende Anwendung der neuen Gemeinsamen Regelung erfordert. Das Argument, die Tabelle zur Bewertung des Beeinträchtigungsgrads im Anhang der alten Gemeinsamen Regelung sei unzureichend – die *Verwaltungsmitteilungen Nr. 91-2005* vom 19. Dezember 2005, in denen den Mitarbeitern der Kommission das Inkrafttreten der neuen Gemeinsamen Regelung mitgeteilt wurde, bezeichneten die Tabelle als „veraltet, schwer zu benutzen und ohne europäische Dimension“ (bei der alten Tabelle handelte es sich um die „Barème Officiel Belge des Invalidités“ [BOBI] [Amtliche belgische Invaliditätstabelle]) –, begründet insoweit nicht überzeugend, weshalb es zur Erreichung des Ziels einer Modernisierung der genannten Tabelle erforderlich war, ihr Rückwirkung beizulegen.
- 66 Zweitens verletzt die Anwendung der Tabelle zur Bewertung des Beeinträchtigungsgrads im Anhang der neuen Gemeinsamen Regelung auf die Versicherten, die vor dem Inkrafttreten dieser neuen Gemeinsamen Regelung am 1. Januar 2006 einen Unfall oder eine Berufskrankheit erlitten hatten und deren Schädigungen vor diesem Zeitpunkt konsolidiert waren, zwangsläufig das berechnete Vertrauen dieser Versicherten.

- 67 Selbst wenn man, wie die Kommission in der mündlichen Verhandlung ausgeführt hat, annimmt, dass die Anwendung der Tabelle zur Bewertung des Beeinträchtigungsgrads im Anhang der neuen Gemeinsamen Regelung im Vergleich zu der Tabelle zur Bewertung des Beeinträchtigungsgrads im Anhang der alten Gemeinsamen Regelung je nach Art der betreffenden Schädigungen zu einer stärkeren oder einer geringeren Sicherung bei Unfällen oder Berufskrankheiten führen kann, setzen die Einheit und die einheitliche Anwendung einer im gegenseitigen Einvernehmen der Organe beschlossenen Regelung zur Sicherung bei Unfällen und Berufskrankheiten grundsätzlich voraus, dass das Inkrafttreten dieser Regelung in allen Organen und für alle ihre Mitarbeiter zum selben Zeitpunkt erfolgt, soweit nicht zum Schutz der unter der Geltung der alten Regelung erworbenen Rechte etwas anderes bestimmt ist (vgl. entsprechend Urteil Racke, Randnr. 16). Zwar kann den Organen nicht untersagt werden, für Sachverhalte, die unter der Geltung der alten Gemeinsamen Regelung entstanden und endgültig abgeschlossen sind, die Rechte aus der neuen Gemeinsamen Regelung auszudehnen, wenn diese Regelung für die Versicherten günstiger ist, doch ist eine derartige Übergangsbestimmung in der neuen Gemeinsamen Regelung nicht enthalten.
- 68 Nach alledem ist die neue Gemeinsame Regelung für rechtswidrig zu erklären, soweit sie vorsieht, dass die Tabelle in ihrem Anhang auf die durch einen Unfall oder eine Berufskrankheit geschädigten Versicherten anwendbar ist, deren Schädigungen vor Inkrafttreten der Regelung konsolidiert waren.
- 69 In dem Bericht des Ärztensausschusses vom 9. Juni 2009 sowie in der Entscheidung der Anstellungsbehörde vom 27. Juli 2009 wurde somit zu Unrecht die Tabelle zur Bewertung des Beeinträchtigungsgrads im Anhang der neuen Gemeinsamen Regelung angewandt. Folglich ist die Entscheidung vom 27. Juli 2009 aus diesem Grund aufzuheben, ohne dass im Rahmen der vorliegenden Aufhebungsanträge über die übrigen Klagegründe des Klägers entschieden zu werden braucht.

#### *Zu den Schadensersatzanträgen*

- 70 Der Kläger macht drei verschiedene Schäden geltend: einen Schaden, der die Zahlung von Verzugszinsen rechtfertigt, einen materiellen Schaden und einen immateriellen Schaden.

#### *Zur Zahlung von Verzugszinsen*

- 71 Der Kläger beantragt, die Kommission zur Zahlung von Verzugszinsen auf den nach Art. 73 des Statuts geschuldeten Kapitalbetrag zu verurteilen.
- 72 Der Kläger führt in dem Teil seiner Schriftsätze, die diesen Schadensersatzantrag betreffen, nicht näher aus, auf was für eine Pflichtverletzung er den genannten Antrag stützt. Er legt jedoch allgemein dar, dass die Haftung der Kommission mit den Rechtsverstößen zu begründen sei, die er zur Begründung der Aufhebungsanträge geltend gemacht habe.
- 73 Aus den hierzu vom Kläger geltend gemachten Klagegründen und Rügen wird deutlich, dass er seinen Antrag auf Zahlung von Verzugszinsen darauf stützen will, dass die Verwaltung nicht innerhalb angemessener Frist entschieden habe.
- 74 Es ist somit zu prüfen, ob die Frist, innerhalb der die Entscheidung vom 27. Juli 2009 erlassen wurde, unangemessen war.
- 75 Die Bestimmungen des Art. 20 der alten Gemeinsamen Regelung sehen vor, dass der Versicherte einen ärztlichen Bericht vorlegt, in dem die Konsolidierung seines Zustands festgestellt wird, damit die Anstellungsbehörde eine Entscheidung über den Beeinträchtigungsgrad erlassen kann.

- 76 Im vorliegenden Fall wurde das PMO über die am 28. Juni 2005 eingetretene Konsolidierung der Verletzungen des Klägers erst durch den Bericht vom 28. Juni 2005 in Kenntnis gesetzt, der von einem vom Kläger benannten Arzt erstellt und dem PMO am 30. Juni 2005 übermittelt wurde.
- 77 Was infolgedessen die Zeit zwischen dem 8. Dezember 2003 – dem Unfallzeitpunkt – und dem 30. Juni 2005 – dem Zeitpunkt, zu dem der Bericht des vom Kläger benannten Arztes über die Konsolidierung der Verletzungen beim PMO einging – anbelangt, so ist dieser Zeitraum somit zumindest überwiegend dem Kläger anzulasten.
- 78 Der Zeitraum von ungefähr 15 Monaten, nach dem der vom Organ benannte Arzt seinen Bericht unter dem Datum des 21. Dezember 2006 für die Anstellungsbehörde erstellte, erscheint nicht unangemessen. Der genannte Arzt stützte seine Beurteilung nämlich auf sechs zusätzliche Untersuchungen, die in dieser Zeit durchgeführt wurden und die mindestens vier verschiedene medizinische Fachrichtungen berücksichtigten (Psychiatrie, Augenheilkunde, Rheumatologie und Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde).
- 79 In der Folge wurde der Entscheidungsentwurf der Anstellungsbehörde vom 7. November 2006, der den Beeinträchtigungsgrad des Klägers und den dementsprechend gewährten Kapitalbetrag festsetzte, dem Kläger am 21. November 2006 übermittelt, d. h. innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Erstellung des Berichts des vom Organ benannten Arztes, was nicht unangemessen erscheint.
- 80 Da der Kläger mit dem Entscheidungsentwurf der Anstellungsbehörde vom 7. November 2006, der den Beeinträchtigungsgrad und den Entschädigungsbetrag festsetzte, nicht einverstanden war, beantragte er mit Schreiben vom 18. Januar 2007 die Befassung des Ärzteausschusses.
- 81 Da es dem vom Kläger und dem vom Organ benannten Arzt nicht gelang, sich auf den Namen eines dritten Arztes im Ärzteausschuss zu einigen, wandte sich der Kläger mit Schreiben vom 5. Mai 2007 an den Präsidenten des Gerichtshofs, damit dieser von Amts wegen den Arzt benennt.
- 82 Nach Kenntnisnahme der Ernennung und der Annahme des Amtes durch den dritten Arzt beauftragte das PMO am 25. Juli 2007 den genannten Arzt im Namen des Ärzteausschusses.
- 83 Die Zeit, die zwischen dem Entscheidungsentwurf vom 7. November 2006 und dem 25. Juli 2007 – dem Zeitpunkt, zu dem der Ärzteausschuss mit seiner Arbeit beginnen konnte – verstrichen ist, ist somit die Folge des Verfahrensablaufs und kann nicht auf die Untätigkeit der Kommission zurückgeführt werden.
- 84 In der Folge wurde der Bericht des Ärzteausschusses am 12. November 2008 erstellt, d. h. ungefähr 15 Monate, nachdem der Ärzteausschuss seine Arbeit aufnehmen konnte. Diese Frist erscheint angesichts der Umstände des vorliegenden Falls nicht unangemessen.
- 85 Ein erster, wenn auch nicht vollständiger Bericht des Ärzteausschusses wurde vom dritten Arzt schon am 10. Januar 2008 nach der ersten Sitzung des Ärzteausschusses vom 3. Januar 2008 verfasst. Dieser Bericht führte jedoch zu einer Reihe von Schriftwechseln, u. a. zu einem Schreiben des vom Kläger benannten Arztes, zwei Schreiben des Klägers und einem Schreiben des vom Organ benannten Arztes.



- 86 In dem Bericht vom 12. November 2008, den der dritte Arzt namens des Ärzteausschusses erstellt hatte, führt er u. a. aus, dass einem der Schreiben des Klägers „zahlreiche und umfangreiche Anlagen“ beigefügt gewesen seien, die die außerberuflichen Tätigkeiten des Klägers betroffen hätten. Er erwähnte auch, dass der Kläger in einem Schreiben vom 28. Februar 2008 neue Ausführungen bezüglich der Unterstützungsbeihilfe gemacht habe, und fügte hinzu:
- „Ich persönlich war angesichts der Beschwerden, die bei der ersten [Sitzung] geäußert wurden, überrascht von dem Ausmaß seines Anliegens, und zwar auch in Anbetracht der präzisen Fragen, die ich an ihn in dieser ersten [Sitzung] gerichtet hatte ...“
- 87 Zwar kann einem Versicherten im Rahmen eines Verfahrens nach Art. 73 des Statuts nicht vorgeworfen werden, dass er dem Ärzteausschuss alle Unterlagen und Bemerkungen zukommen lässt, die er für erforderlich hält, damit der Ausschuss seine Entscheidung treffen kann, doch liegt es auf der Hand, dass die Vorlage umfangreicher Schriftstücke und die Übermittlung neuer Ausführungen während des Verfahrens zu Fragen, die früher zur Sprache gebracht worden waren, dazu beiträgt, dass sich der Erlass einer das Verfahren abschließenden Entscheidung verzögert.
- 88 Außerdem führte der dritte Arzt in dem Bericht des Ärzteausschusses vom 12. November 2008 aus, dass es schwierig gewesen sei, sich – insbesondere mit dem vom Kläger benannten Arzt – auf einen Zeitpunkt für die zweite Sitzung des Ärzteausschusses zu einigen, und dass diese erst am 13. Oktober 2008 stattfinden können.
- 89 Zwar erklärte der vom Kläger benannte Arzt in einem Schreiben vom 2. Dezember 2008, dass er den 26. und 29. September 2008 für die Sitzung des Ärzteausschusses vorgeschlagen habe und dass diese Termine den anderen Mitgliedern des Ärzteausschusses nicht gepasst hätten. Dieser Vorschlag des vom Kläger benannten Arztes kann den Kläger jedoch nicht von seinem Teil der Verantwortung befreien, die er dafür trägt, dass für die Festlegung des Termins für die zweite Sitzung des Ärzteausschusses längere Zeit nötig war.
- 90 In Anbetracht der vorstehenden Ausführungen erscheint daher der Zeitraum von ungefähr 15 Monaten, der zwischen dem 25. Juli 2007 – dem Zeitpunkt, zu dem der Ärzteausschuss seine Arbeit aufnehmen konnte – und dem 12. November 2008 – dem Zeitpunkt des Berichts des Ärzteausschusses – liegt, nicht unangemessen.
- 91 In der Folge wurde der Bericht des Ärzteausschusses schließlich erst am 9. Juni 2009 an das PMO übermittelt, also ungefähr sieben Monate, nachdem der dritte Arzt den genannten Bericht erstellt hatte. Dieser Zeitraum erklärt sich jedoch zumindest teilweise daraus, dass der vom Kläger benannte Arzt den mit der Abfassung des Berichts des Ärzteausschusses betrauten dritten Arzt mit Schreiben vom 2. Dezember 2008 und 21. Januar 2009 aufgefordert hatte, den Bericht – mit dessen Inhalt die beiden anderen Mitglieder des Ärzteausschusses einverstanden waren – zu ändern, und, nachdem er dies nicht erreicht hatte, den mit seiner Unterschrift versehenen Bericht erst am 28. März 2009 zurücksandte.
- 92 Auf der Grundlage des Berichts des Ärzteausschusses, den die Anstellungsbehörde am 9. Juni 2009 erhalten hatte, erließ sie die Entscheidung vom 27. Juli 2009 und übermittelte diese dem Kläger, der von ihr am 9. August 2009 Kenntnis erlangte. Der Zeitraum von zwei Monaten, der somit zwischen dem 9. Juni 2009 – dem Zeitpunkt, zu dem die Anstellungsbehörde über den Bericht des Ärzteausschusses verfügte – und dem 9. August 2009 – dem Zeitpunkt, zu dem die Anstellungsbehörde die Entscheidung vom 27. Juli 2009 dem Kläger zusandte – lag, erscheint nicht unangemessen.
- 93 Letztlich erscheint keiner der Zeiträume in den einzelnen Abschnitten des zum Erlass der Entscheidung vom 27. Juli 2009 führenden Verfahrens unangemessen.

- 94 Selbst wenn ferner die gemeinsame Wirkung aller dieser Zeiträume und der Teil berücksichtigt werden, der den Verzögerungen der Verwaltung zuzurechnen ist, ergibt sich aus den in den vorstehenden Randnummern angeführten Umständen, dass die Entscheidung vom 27. Juli 2009 nicht innerhalb einer unangemessenen Frist erlassen wurde (vgl. in diesem Sinne Urteil des Gerichts vom 13. Januar 2010, A und G/Kommission, F-124/05 und F-96/06, Randnr. 394).
- 95 Nach alledem ist der Antrag des Klägers auf Verurteilung der Kommission zur Zahlung von Verzugszinsen auf das bereits an ihn gezahlte Kapital zurückzuweisen.
- 96 Der Kläger scheint jedoch zu dem Kapital, aus dem die Verzugszinsen zu errechnen sind, nicht nur das Kapital zu zählen, das bereits an ihn gezahlt wurde, sondern auch das zusätzliche Kapital, das nach seiner Auffassung aufgrund der Tabelle zur Bewertung des Beeinträchtigungsgrads im Anhang der alten Gemeinsamen Regelung an ihn zu zahlen sein wird.
- 97 Was den Antrag auf Zahlung von Verzugszinsen auf die zusätzlichen Beträge angeht, die dem Kläger aufgrund der Anwendung der Tabelle zur Bewertung des Beeinträchtigungsgrads im Anhang der alten Gemeinsamen Regelung geschuldet sein würden, setzt eine solche Zahlung nicht nur voraus, dass mit hinreichender Sicherheit feststeht, dass dem Kläger ein Beeinträchtigungsgrad zugesprochen wird, der höher als der ihm mit Entscheidung vom 27. Juli 2009 zuerkannte ist, sondern auch, dass der Beeinträchtigungsgrad, der ihm auf der Grundlage dieser Tabelle zustehen wird, bereits festgelegt werden könnte. Dies ist jedoch nicht der Fall. Folglich wäre ein solcher Antrag, selbst wenn man annimmt, dass der Kläger diesen gestellt hat, verfrüht und müsste folglich zurückgewiesen werden.

#### Zum materiellen Schaden

- 98 Der Schaden, der dem Kläger nach seinen Angaben entstanden ist, besteht aus den Kosten, die mit der Arbeitsweise des Ärzteausschusses verbunden sind, den Kosten, die mit der Wiederaufnahme der Arbeit des Ärzteausschusses nach Aufhebung der Entscheidung vom 27. Juli 2009 verbunden sind, und den vorprozessual entstandenen Auslagen und Gebühren seines Rechtsbeistands.
- 99 Die Kosten, die mit der Arbeitsweise des Ärzteausschusses verbunden sind, umfassen die Honorare des vom Kläger benannten Arztes, die Reisekosten sowie verschiedene Auslagen. Der Kläger veranschlagt diese Kosten auf insgesamt 5 500 Euro.
- 100 Der Kläger bezieht sich jedoch in seinen Schriftsätzen auf kein in den Akten befindliches Schriftstück, das diesen Betrag rechtfertigen könnte.
- 101 Nach der Rechtsprechung muss aber der Schaden, für den Ersatz begehrt wird, tatsächlich und sicher sein, wofür der Kläger beweispflichtig ist (vgl. z. B. Urteil des Gerichtshofs vom 9. November 2006, Agraz u. a./Kommission, C-243/05 P, Randnr. 27).
- 102 Außerdem ist in der Klageschrift insoweit kein Beweismittel bezeichnet. Nach Art. 39 Abs. 1 Buchst. e der Verfahrensordnung des Gerichts aber enthält die Klageschrift gegebenenfalls die Bezeichnung der Beweismittel.
- 103 Da es an den vorstehend genannten Beweisen fehlt, ist festzustellen, dass der Kläger den Umfang des geltend gemachten Schadens nicht nachgewiesen hat, obwohl er hierzu in der Lage gewesen wäre, da es um von ihm geleistete Zahlungen geht. Der Schadenersatzantrag des Klägers bezüglich der Kosten für die Arbeitsweise des Ärzteausschusses ist somit zurückzuweisen.

- 104 Bezüglich der Kosten, die mit der Wiederaufnahme der Arbeit des Ärzteausschusses verbunden sind, wird die Anstellungsbehörde am Ende des Verfahrens, das infolge des vorliegenden Aufhebungsurteils erneut durchzuführen sein wird, eine Entscheidung bezüglich der Übernahme der Kosten für die Arbeit des Ärzteausschusses zu erlassen haben. Gegenwärtig ist es daher verfrüht, über diesen Schadensposten zu entscheiden.
- 105 Bezüglich der Auslagen und Gebühren des Rechtsbeistands des Klägers für das Vorverfahren ist darauf hinzuweisen, dass der Ablauf des Vorverfahrens, wie es im Statut ausgestaltet ist, nicht erfordert, dass der Beamte in diesem Stadium anwaltlich vertreten ist, und dass die Verwaltung daher nach ständiger Rechtsprechung im Gegenzug Beschwerden oder Anträge nicht eng auslegen darf, sondern sie in einem Geist der Aufgeschlossenheit prüfen muss. Infolgedessen kann ein Beamter, von außergewöhnlichen Umständen abgesehen, die Auslagen und Gebühren seiner Rechtsbeistände für das Vorverfahren im Rahmen einer Schadensersatzklage nicht ersetzt verlangen. Den Akten kann jedoch nicht entnommen werden, dass derartige außergewöhnliche Umstände vorliegen (Urteil des Gerichts erster Instanz vom 10. Dezember 2008, Nardone/Kommission, T-57/99, Randnrn. 139 f.).
- 106 Nach alledem ist der Antrag auf Verurteilung der Kommission zur Zahlung von Schadensersatz wegen des materiellen Schadens zurückzuweisen.

#### Zum immateriellen Schaden

- 107 Im vorliegenden Fall enthält die Klageschrift keine Ausführungen zu der Frage, ob der immaterielle Schaden, dessen Ersatz der Kläger verlangt, durch die Aufhebung der Entscheidung vom 27. Juli 2009 und die von der Anstellungsbehörde infolge der Aufhebung zu treffenden Maßnahmen nicht vollständig beseitigt werden kann.
- 108 Die vom Gericht festgestellte Rechtswidrigkeit, die auf einem Verstoß gegen wohlerworbene Rechte beruht, ist nicht so schwerwiegend, dass sie die Zuerkennung eines Betrags als Ersatz des immateriellen Schadens rechtfertigt.
- 109 Außerdem wirft der Kläger der Kommission lediglich vor, dass er in dem Verfahren nach Art. 73 des Statuts und danach im Vorverfahren, wie er meint, unwürdig behandelt worden sei.
- 110 Aus den Akten geht indessen nicht hervor, dass die Entscheidung vom 27. Juli 2009 oder die Zurückweisung der Beschwerde vom 16. Februar 2010 eine explizit negative Beurteilung der Fähigkeiten des Klägers beinhalten, die ihn verletzen könnten. Dasselbe gilt für den Bericht des Ärzteausschusses vom 27. November 2008, auf den sich die beiden Entscheidungen stützen.
- 111 Dennoch ist festzustellen, dass der Kläger sich infolge des vorliegenden Aufhebungsurteils erneut in einer Position befindet, in der er auf eine endgültige Beilegung des nach dem Unfall vom 8. Dezember 2003 gemäß Art. 73 des Statuts eingeleiteten Verfahrens warten muss. Dieser andauernde Zustand des Abwartens und der Unsicherheit, der seine Ursache in der Rechtswidrigkeit der Entscheidung vom 27. Juli 2009 hat, stellt einen immateriellen Schaden dar, der nach billigem Ermessen mit 2 500 Euro zu bewerten ist.
- 112 Da der in Frage stehende immaterielle Schaden die unmittelbare Folge der Entscheidung vom 27. Juli 2009 ist, kann sich die Kommission insoweit nicht mit Erfolg auf die Einrede der Unzulässigkeit berufen, die darauf gestützt wird, dass die Kommission über einen entsprechenden Schadensersatzantrag, den der Kläger aufgrund des Art. 90 Abs. 1 des Statuts gestellt hätte, bereits durch bestandskräftig gewordene Entscheidung entschieden hätte.
- 113 Die Kommission ist folglich zu verurteilen, an den Kläger einen Betrag von 2 500 Euro als Ersatz des immateriellen Schadens zu zahlen.

*Zu dem Antrag, der im Wesentlichen auf die Durchführung einer Neubewertung des Beeinträchtigungsgrads durch einen unparteiisch zusammengesetzten Ärzteausschuss auf der Grundlage der alten Gemeinsamen Regelung gerichtet ist*

- 114 Nach ständiger Rechtsprechung steht es dem Unionsrichter im Rahmen der Rechtmäßigkeitskontrolle nach Art. 91 des Statuts nicht zu, der Verwaltung Anordnungen zu erteilen oder rechtliche Feststellungen zu treffen (vgl. u. a. Urteil des Gerichts erster Instanz vom 12. Juni 2002, Mellone/Kommission, T-187/01, Randnr. 16).
- 115 Der Kläger beantragt, darauf zu erkennen, dass die Bewertung seines Beeinträchtigungsgrads auf der Grundlage der Tabelle zur Bewertung des Beeinträchtigungsgrads im Anhang der alten Gemeinsamen Regelung zu erfolgen hat und „die Prüfung des vom Kläger nach Art. 73 des Statuts eingereichten Antrags durch einen unparteiisch, unabhängig und neutral zusammengesetzten Ärzteausschuss, der rasch, unabhängig und unvoreingenommen arbeiten kann, wiederaufzunehmen ist“. Da der Kläger somit den Antrag stellt, rechtliche Feststellungen zu treffen oder der Verwaltung Anordnungen zu erteilen, ist der Antrag als unzulässig zurückzuweisen.
- 116 Im Ergebnis wird die Entscheidung vom 27. Juli 2009 aufgehoben, und die Kommission wird verurteilt, an den Kläger einen Betrag von 2 500 Euro als Ersatz des immateriellen Schadens zu zahlen. Im Übrigen sind die Anträge des Klägers zurückzuweisen.

#### **Kosten**

- 117 Nach Art. 87 Abs. 1 der Verfahrensordnung ist die unterliegende Partei vorbehaltlich der übrigen Bestimmungen des Achten Kapitels des Zweiten Titels der Verfahrensordnung auf Antrag zur Tragung der Kosten zu verurteilen. Nach Art. 87 Abs. 2 kann das Gericht aus Gründen der Billigkeit entscheiden, dass eine unterliegende Partei zur Tragung nur eines Teils der Kosten oder gar nicht zur Tragung der Kosten zu verurteilen ist.
- 118 Aus den oben ausgeführten Gründen ergibt sich, dass die Kommission im Wesentlichen mit ihrem Vorbringen unterlegen ist. Zudem hat der Kläger ausdrücklich beantragt, sie zur Tragung der Kosten zu verurteilen. Da die Umstände des vorliegenden Falles die Anwendung von Art. 87 Abs. 2 der Verfahrensordnung nicht rechtfertigen, hat die Kommission ihre eigenen Kosten und die Kosten zu tragen, die dem Kläger entstanden sind.

Aus diesen Gründen hat

DAS GERICHT FÜR DEN ÖFFENTLICHEN DIENST (Dritte Kammer)

für Recht erkannt und entschieden:

- 1. Die Entscheidung vom 27. Juli 2009, mit der das nach Art. 73 des Statuts der Beamten der Europäischen Union infolge des Unfalls von Herrn Guittet vom 8. Dezember 2003 eröffnete Verfahren abgeschlossen wurde, wird aufgehoben.**
- 2. Die Europäische Kommission wird verurteilt, an Herrn Guittet einen Betrag von 2 500 Euro zu zahlen.**
- 3. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.**
- 4. Die Europäische Kommission trägt ihre eigenen Kosten sowie die Kosten, die Herrn Guittet entstanden sind.**

Van Raepenbusch

Barents

Bradley

Verkündet in öffentlicher Sitzung in Luxemburg am 13. Juni 2012.

Die Kanzlerin  
W. Hakenberg

Der Präsident  
S. Van Raepenbusch