Samling af Afgørelser

FORSLAG TIL AFGØRELSE FRA GENERALADVOKAT
A. RANTOS
fremsat den 8. maj 2025[1]

Sag C-115/24

UJ
mod
Österreichische Zahnärztekammer,
procesdeltagere:
Urban Technology GmbH,
DZK Deutsche Zahnklinik GmbH

(anmodning om præjudiciel afgørelse indgivet af Oberster Gerichtshof (øverste domstol, Østrig))

»Præjudiciel forelæggelse – offentlig sundhed – begrebet »levering af sundhedsydelser« – begrebet »levering af telemedicinske sundhedsydelser« – fysiske sundhedsydelser – kompleks behandling, der omfatter telemedicinske og fysiske sundhedsydelser – hvorvidt sådanne sundhedsydelser er grænseoverskridende – begrebet »sundhedstjenesteyder« – gældende lovgivning – direktiv 2011/24/EU – behandlingsmedlemsstat – direktiv 2000/31/EF – informationssamfundstjenester – direktiv 2005/36/EF – erhvervsmæssige kvalifikationer – artikel 56 TEUF – fri udveksling af tjenesteydelser – artikel 49 TEUF – etableringsfrihed«

I. Indledning

1. Denne anmodning om præjudiciel afgørelse vedrører fortolkningen af dels artikel 56 TEUF, dels artikel 2, litra n), artikel 3, litra d) og e), artikel 4, stk. 1, litra a), og artikel 7 i direktiv 2011/24/EU om patientrettigheder i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelser[2], direktiv 2000/31/EF om visse retlige aspekter af informationssamfundstjenester, navnlig elektronisk handel, i det indre marked[3], og artikel 5, stk. 3, i direktiv 2005/36/EF om anerkendelse af erhvervsmæssige kvalifikationer[4].

2. Anmodningen er blevet indgivet i forbindelse med en tvist mellem Österreichische Zahnärztekammer (den østrigske tandlægeforening, Østrig, herefter »ÖZ«) og UJ, der er en tandlæge med hjemsted i Østrig, støttet af Urban Technology GmbH og DZK Deutsche Zahnklinik GmbH (herefter »DZK«), som er to tyske selskaber, om UJ's appel til prøvelse af

[1] – Originalsprog: fransk.
[2] – Europa-Parlamentets og Rådets direktiv af 9.3.2011 (EUT 2011, L 88, s. 45).
[3] – Europa-Parlamentets og Rådets direktiv af 8.6.2000 (EFT 2000, L 178, s. 1).
[4] – Europa-Parlamentets og Rådets direktiv af 7.9.2005 (EUT 2005, L 255, s. 22).

kendelse afsagt af Oberlandesgericht Graz (den øverste regionale domstol i Graz, Østrig), hvorved kendelse afsagt af Landesgericht Klagenfurt (den regionale domstol i Klagenfurt, Østrig) delvist blev ændret, idet sidstnævnte ret forkastede det søgsmål med påstand om foreløbige forholdsregler, som ÖZ havde anlagt, med henblik på at UJ foreløbigt blev pålagt at ophøre med at medvirke direkte eller indirekte til odontologisk virksomhed, som udøves i Østrig af udenlandske selskaber, der ikke har de tilladelser, som kræves i henhold til østrigsk lovgivning.

3. Domstolen skal i denne forbindelse tage stilling til fortolkningen af flere retsakter i den afledte EU-ret samt af artikel 56 TEUF om fri udveksling af tjenesteydelser på et særligt område, der endnu ikke har været meget belyst i Domstolens praksis, og som ikke desto mindre er i stigende udvikling, nemlig telemedicin.

II. Retsforskrifter

A. EU-retten

1. Direktiv 2000/31

4. 18. betragtning til direktiv 2000/31 er affattet som følger:

»(18) Informationssamfundstjenester omfatter en lang række økonomiske aktiviteter, som finder sted online; […] aktiviteter, der ifølge deres natur ikke kan udføres på afstand og ved hjælp af elektroniske midler såsom lovpligtig revision af selskabsregnskaber eller lægelige vurderinger, der kræver fysisk undersøgelse af patienten, er ikke informationssamfundstjenester.«

5. Direktivets artikel 1 med overskriften »Formål og anvendelsesområde« bestemmer i stk. 4:

»4. Dette direktiv indfører ikke nye internationale privatretlige regler og berører ikke domstolenes kompetence.«

6. Direktivets artikel 2 med overskriften »Definitioner« fastsætter:

»I dette direktiv forstås ved:

a) »informationssamfundstjenester«: tjenester som defineret i artikel 1, nr. 2, i [Europa-Parlamentets og Rådets] direktiv 98/34/EF [af 22. juni 1998 om en informationsprocedure med hensyn til tekniske standarder og forskrifter (EFT 1998, L 204, s. 37),] som ændret ved [Europa-Parlamentets og Rådets] direktiv 98/48/EF [af 20. juli 1998 om ændring af direktiv 98/34/EF om en informationsprocedure med hensyn til tekniske standarder og forskrifter (EFT 1998, L 217, s. 18)] [5]

[5] – I artikel 1 i direktiv 98/48 præciseres, at der ved »informationssamfundets tjenester« forstås »enhver tjeneste, der normalt ydes mod betaling, og som teleformidles ad elektronisk vej på individuel anmodning fra en tjenestemodtager. Med henblik på denne definition forstås ved: – »teleformidling«: at en tjeneste ydes, uden at parterne er til stede samtidig, – »ad elektronisk vej«: at en tjeneste fra afsendelsesstedet sendes og på bestemmelsesstedet modtages ved hjælp af elektronisk databehandlingsudstyr (herunder digital komprimering) og datalagringsudstyr, og som udelukkende sendes, rutes og modtages via tråd, radio, optiske midler eller andre elektromagnetiske midler, – »på individuel anmodning fra en tjenestemodtager«: at en tjeneste ydes ved transmission af data på individuel anmodning.. […]«. Denne definition er gentaget identisk i artikel 1 i Europa-Parlamentets og Rådets direktiv (EU) 2015/1535 af 9.9.2015 om en informationsprocedure med hensyn til tekniske forskrifter samt forskrifter for informationssamfundets tjenester (EUT 2015, L 241, s. 1), som har ophævet direktiv 98/34 og 98/48.

b) »tjenesteyder«: enhver fysisk eller juridiske person, som leverer en informationssamfundstjeneste

[...]

h) »koordineret område«: de krav, der i medlemsstaterne retssystemer er fastsat for leverandører af informationssamfundstjenester eller for informationssamfundstjenester, uanset om de er generelle eller specifikt fastsat for disse.

[...]«

7. Samme direktivs artikel 3 med overskriften »Det indre marked« bestemmer i stk. 1-4:

»1. Hver medlemsstat påser, at de informationssamfundstjenester, som leveres af en tjenesteyder etableret på medlemsstatens territorium, er i overensstemmelse med de nationale bestemmelser, der finder anvendelse i denne medlemsstat inden for det koordinerede område.

2. Medlemsstaterne må ikke af grunde, der henhører under det koordinerede område, begrænse adgangen til at levere informationssamfundstjenester fra en anden medlemsstat.

3. Stk. 1 og 2 finder ikke anvendelse på de områder, der er nævnt i bilaget.

4. Medlemsstaterne kan træffe foranstaltninger til fravigelse af stk. 2 for en bestemt informationssamfundstjeneste, hvis følgende betingelser er opfyldt:

a) foranstaltningerne skal:

   i) være nødvendige af en af følgende grunde:

      – ufravigelige retsgrundsætninger, især forebyggelse, efterforskning, afsløring og retsforfølgning af lovovertrædelser, herunder beskyttelsen af mindreårige og bekæmpelsen af enhver tilskyndelse til had på grund af race, køn, religion eller nationalitet, og krænkelser af enkeltpersoners værdighed

      – beskyttelse af folkesundheden

      – den offentlige sikkerhed, herunder national sikkerhed og forsvar

      – beskyttelse af forbrugere, herunder investorer

   ii) træffes over for en informationssamfundstjeneste, som krænker de i nr. i) omhandlede mål, eller som udgør en alvorlig og tungtvejende risiko for en krænkelse af disse mål

   iii) stå i et rimeligt forhold til disse mål

b) uden at det berører retssager, herunder forudgående retsmøder og handlinger, der udføres i forbindelse med efterforskning af kriminalsager, skal medlemsstaten, inden den træffer de pågældende foranstaltninger:

– have opfordret den i stk. 1 omhandlede medlemsstat til at træffe foranstaltninger, og denne medlemsstat har ikke truffet disse foranstaltninger, eller de har ikke været tilstrækkelige

– have meddelt Kommissionen og den i stk. 1 omhandlede medlemsstat, at den har til hensigt at træffe sådanne foranstaltninger.«

[...]«

2. Direktiv 2005/36

8. Fjerde, sjette og ottende betragtning til direktiv 2005/36 har følgende ordlyd:

»(4) For at lette den frie udveksling af tjenesteydelser bør der fastsættes særlige bestemmelser med henblik på at udvide mulighederne for at udøve erhvervsmæssig virksomhed under den i hjemlandet erhvervede titel. For informationssamfundstjenester, der leveres som distanceydelser, bør bestemmelserne i direktiv [2000/31] også finde anvendelse.

[...]

(6) Udveksling af tjenesteydelser må lettes under fuld hensyntagen til den offentlige sundhed og sikkerhed og beskyttelse af forbrugeren. Der bør derfor fastsættes særlige bestemmelser for regulerede erhverv, der har konsekvenser for den offentlige sundhed eller sikkerhed, og hvis udøvere midlertidigt eller lejlighedsvis udfører grænseoverskridende tjenesteydelser.

[...]

(8) Tjenesteyderen bør være underlagt de af værtsmedlemsstatens disciplinærbestemmelser, som har en direkte og specifik tilknytning til de erhvervsmæssige kvalifikationer, såsom definitionen af erhvervet, den virksomhed, der er omfattet af eller er forbeholdt det pågældende erhverv, benyttelse af titler eller grov forsømmelse, som er direkte og specifikt knyttet til forbrugerbeskyttelse og -sikkerhed.«

9. Dette direktivs artikel 5 med overskriften »Princippet om fri udveksling af tjenesteydelser« bestemmer:

»1. Med forbehold af særlige bestemmelser i fællesskabsretten samt artikel 6 og 7 i dette direktiv må medlemsstaterne ikke af grunde, der vedrører erhvervsmæssige kvalifikationer, begrænse den frie udveksling af tjenesteydelser i en anden medlemsstat:

a) hvis tjenesteyderen er lovligt etableret i en medlemsstat med henblik på at udøve samme erhverv i denne medlemsstat (i det følgende benævnt »etableringsmedlemsstaten«), og

b) hvis tjenesteyderen flytter til en anden medlemsstat og i etableringsmedlemsstaten har udøvet dette erhverv i mindst to år inden for de sidste ti år, der går forud for leveringen af tjenesteydelsen, når erhvervet ikke er lovreguleret i denne medlemsstat. Betingelsen, der kræver mindst to års erhvervsudøvelse, gælder ikke, hvis enten erhvervet eller uddannelsen til erhvervet er lovreguleret.

2. Bestemmelserne i dette afsnit finder kun anvendelse i tilfælde, hvor tjenesteyderen flytter til værtsmedlemsstatens område for midlertidigt og lejlighedsvis at udøve det erhverv, der er omhandlet i stk. 1.

Tjenesteydelsens midlertidige og lejlighedsvise karakter vurderes fra sag til sag især på baggrund af ydelsens varighed, hyppighed, periodicitet og kontinuitet.

3. En tjenesteyder, der flytter til en anden medlemsstat, er underlagt de faglige, fagretlige eller administrative adfærdsregler, der er direkte knyttet til erhvervsmæssige kvalifikationer, såsom definition af erhvervet, benyttelse af titler og grov forsømmelse, som er direkte og specifikt knyttet til forbrugerbeskyttelse og -sikkerhed, samt disciplinærbestemmelser, som gælder i værtsmedlemsstaten for personer, som dér udøver samme erhverv.«

3. Direktiv 2011/24

10. 2., 4., 8., 10., 11., 19. og 26. betragtning til direktiv 2011/24 har følgende ordlyd:

»(2) Artikel 114 […] TEUF er det relevante retsgrundlag, eftersom flertallet af bestemmelserne i dette direktiv har til formål at forbedre det indre markeds funktion og den frie bevægelighed for varer, personer og tjenesteydelser. Da betingelserne for anvendelse af artikel 114 […] TEUF som retsgrundlag er opfyldt, skal EU-lovgivningen baseres på dette retsgrundlag, selv når beskyttelse af folkesundheden er en afgørende faktor. I denne forbindelse hedder det udtrykkeligt i artikel 114, stk. 3, […] TEUF, at det ved harmonisering skal sikres, at der er et højt sundhedsbeskyttelsesniveau, idet der tages hensyn til navnlig enhver ny udvikling baseret på videnskabelige kendsgerninger.

[…]

(4) Uden at dette berører patienters mulighed for at modtage grænseoverskridende sundhedsydelser i henhold til dette direktiv, har medlemsstaterne ansvaret for at levere sikre, effektive og kvantitativt tilstrækkelige sundhedsydelser af høj kvalitet til borgerne på deres område. Gennemførelsen af dette direktiv i national lovgivning og dets anvendelse bør desuden ikke føre til, at patienter tilskyndes til at modtage behandling uden for deres forsikringsmedlemsstat.

[…]

(8) Domstolen har allerede behandlet en række spørgsmål vedrørende grænseoverskridende sundhedsydelser, navnlig godtgørelse af sundhedsydelser leveret i en anden medlemsstat end den, i hvilken modtageren af sundhedsydelserne er bosat. Dette direktiv har til formål at opnå en mere overordnet og også effektiv anvendelse af de principper, som Domstolen har udviklet i sin praksis.

[…]

(10) Dette direktiv har til formål at fastsætte regler for at lette adgangen til sikre grænseoverskridende sundhedsydelser af høj kvalitet i Unionen, at sikre patientmobilitet i overensstemmelse med de principper, som Domstolen har fastslået, og at fremme samarbejdet mellem medlemsstaterne om sundhedsydelser, samtidig med at der fuldt ud

tages hensyn til medlemsstaternes ansvar for at fastlægge socialsikringsydelserne inden for sundhed og tilrettelægge og levere sundhedsydelser og behandling på sundhedsområdet samt socialsikringsydelser, særlig i forbindelse med sygdom.

(11) Dette direktiv finder anvendelse på de enkelte patienter, som beslutter at gøre brug af sundhedsydelser i en anden medlemsstat end forsikringsmedlemsstaten. Som bekræftet af Domstolen bevirker sundhedsydelsers særlige beskaffenhed eller den måde, hvorpå de er tilrettelagt eller finansieret, ikke, at de ikke er omfattet af det grundlæggende princip om fri udveksling af tjenesteydelser. Forsikringsmedlemsstaten kan dog vælge at begrænse godtgørelsen af grænseoverskridende sundhedsydelser på grund af sundhedsydelsernes kvalitet og sikkerhed, såfremt dette kan begrundes ud fra tvingende almene hensyn vedrørende folkesundheden. Forsikringsmedlemsstaten kan også træffe andre foranstaltninger af andre grunde, såfremt dette kan berettiges ud fra sådanne tvingende almene hensyn. Domstolen har udtalt, at beskyttelse af folkesundheden er et af de tvingende almene hensyn, som kan berettige begrænsninger af den frie bevægelighed som omhandlet i traktaterne.

[…]

(19) Når en patient modtager grænseoverskridende sundhedsydelser, er det væsentligt, at vedkommende på forhånd ved, hvilke regler der er gældende. Det bør være de regler vedrørende grænseoverskridende sundhedsydelser, som er fastsat i behandlingsmedlemsstatens lovgivning, der er gældende, eftersom det er medlemsstaterne, der har ansvaret for organisation og levering af sundhedstjenesteydelser og behandling på sundhedsområdet, jf. artikel 168, stk. 7, [TEUF]. Dette bør gøre det nemmere for patienter at træffe et informeret valg og vil forhindre misforståelser. Det bør også skabe et højt tillidsniveau mellem patienten og sundhedstjenesteyderen.

[...]

(26) Domstolen har i flere domme fastslået, at patienter i deres egenskab af forsikrede har ret til gennem den lovpligtige socialsikringsordning at få godtgjort udgifter til sundhedsydelser leveret i en anden medlemsstat. Domstolen har fastslået, at traktatens bestemmelser om fri udveksling af tjenesteydelser omfatter frihed for modtagerne af sundhedsydelser, herunder personer, der har behov for lægebehandling, til at rejse til en anden medlemsstat for at modtage ydelserne der. Det samme bør gælde for modtagere af sundhedsydelser, der ønsker at gøre brug af sundhedsydelser i en anden medlemsstat på andre måder, f.eks. gennem e-sundhedsløsninger.«

11. Dette direktiv består af fem kapitler, nemlig kapitel I med overskriften »Generelle bestemmelser«, der indeholder artikel 1-3, kapitel II med overskriften »Medlemsstaternes ansvar i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelser«, der indeholder artikel 4-6, kapitel III med overskriften »Godtgørelse af udgifterne til grænseoverskridende sundhedsydelser«, der indeholder artikel 7-9, kapitel IV med overskriften »Samarbejde og sundhedsydelser«, der indeholder artikel 10-15, og endelig kapitel V med overskriften »Gennemførelsesbestemmelser og afsluttende bestemmelser«, der indeholder artikel 16-23.

12. Dette direktivs artikel 1 med overskriften »Genstand og anvendelsesområde« bestemmer i stk. 1 og 2:

»1. Dette direktiv fastsætter regler for at lette adgangen til sikre grænseoverskridende sundhedsydelser af høj kvalitet og fremmer samarbejdet mellem medlemsstaterne om sundhedsydelser under fuld hensyntagen til de nationale beføjelser til at tilrettelægge og levere sundhedsydelser. Dette direktiv tilsigter også at klarlægge forbindelsen med den eksisterende ramme for koordinering af sociale sikringsordninger, [Europa-Parlamentets og Rådets] forordning (EF) nr. 883/2004 [af 29. april 2004 om koordinering af de sociale sikringsordninger (EUT 2004, L 166, s. 1)], med henblik på at gennemføre patientrettigheder.

2. Dette direktiv finder anvendelse på levering af sundhedsydelser til patienter, uanset hvordan de tilrettelægges, leveres og finansieres.«

13. Samme direktivs artikel 2 med overskriften »Sammenhæng med andre EU-bestemmelser« fastsætter:

»Dette direktiv berører ikke:

[...]

e) direktiv [2000/31]

[...]

n) direktiv [2005/36]

[...]«

14. Artikel 3 med overskriften »Definitioner« i direktiv 2011/24 er affattet således:

»I dette direktiv forstås ved:

a) »sundhedsydelser«: sundhedsydelser, der leveres af sundhedsprofessionelle til patienter for at vurdere, bevare eller genetablere deres sundhedstilstand, herunder ordinering, udlevering og levering af lægemidler og medicinsk udstyr

[...]

d) »behandlingsmedlemsstat«: den medlemsstat, på hvis område sundhedsydelserne faktisk leveres til patienten. I tilfælde af telemedicin anses sundhedsydelserne for at være leveret i den medlemsstat, hvor sundhedstjenesteyderen er etableret

e) »grænseoverskridende sundhedsydelser«: sundhedsydelser, der leveres eller ordineres i en anden medlemsstat end forsikringsmedlemsstaten

f) »sundhedsprofessionel«: en læge, en sygeplejerske med ansvar for den almene sundheds- og sygepleje, en tandlæge, en jordemoder eller en farmaceut som defineret i direktiv [2005/36] eller en anden, der udøver en form for erhvervsmæssig virksomhed i sundhedssektoren, der er begrænset til et lovreguleret erhverv, jf. artikel 3, stk. 1, litra a), i direktiv [2005/36], eller en person, der anses for at være en sundhedsprofessionel i henhold til behandlingsmedlemsstatens lovgivning

g) »sundhedstjenesteyder«: en fysisk eller juridisk person eller anden enhed, der lovligt leverer sundhedsydelser på en medlemsstats område

[...]«

15. Dette direktivs artikel 4 med overskriften »Behandlingsmedlemsstatens ansvar« bestemmer i stk. 1:

»Under hensyntagen til principperne om universalitet, adgang til behandling af god kvalitet, lighed og solidaritet leveres grænseoverskridende sundhedsydelser i overensstemmelse med:

a) behandlingsmedlemsstatens lovgivning

b) de standarder og retningslinjer for kvalitet og sikkerhed, der er fastlagt af behandlingsmedlemsstaten, og

c) EU-lovgivning om sikkerhedsstandarder.«

16. Det nævnte direktivs artikel 7 med overskriften »Generelle principper for godtgørelse af udgifter« fastsætter i stk. 7:

»Forsikringsmedlemsstaten kan for en forsikret, der søger godtgørelse af udgifter til grænseoverskridende sundhedsydelser, herunder sundhedsydelser, der er modtaget i form af telemedicin, fastsætte de samme betingelser, behandlingskriterier og lovgivningsmæssige og administrative formaliteter, på lokalt, nationalt eller regionalt plan, som den ville fastsætte, hvis disse sundhedsydelser var blevet leveret på dens område. Dette kan omfatte en vurdering foretaget af en sundhedsprofessionel eller sundhedsadministrator, der leverer tjenesteydelser til forsikringsmedlemsstatens lovpligtige socialsikringsordning eller nationale sundhedssystem, såsom en alment praktiserende læge eller en læge i det primære sundhedsvæsen, som patienten er registreret hos, hvis en sådan vurdering er nødvendig for at fastlægge den enkelte patients ret til sundhedsydelser. De betingelser, behandlingskriterier og lovgivningsmæssige og administrative formaliteter, der er fastsættes i henhold til dette stykke, må imidlertid ikke være diskriminerende eller udgøre en hindring for den frie bevægelighed for patienter, tjenesteydelser eller varer, med mindre det er objektivt begrundet i krav til planlægningen med det formål at sikre, at der på den pågældende medlemsstats område er en tilstrækkelig og vedvarende adgang til et afbalanceret udbud af behandling af høj kvalitet, eller et ønske om at styre omkostningerne og i videst muligt omfang undgå ethvert spild af økonomiske, tekniske og menneskelige ressourcer.«

B. Østrigsk ret

17. I henhold til § 3, stk. 1, i Zahnärztegesetz (den østrigske lov om tandlæger, herefter »lov om tandlæger«) [6] må tandlægeerhvervet kun udøves i overensstemmelse med bestemmelserne i denne lov.

18. Tandlægefaget omfatter i henhold til den nævnte lovs § 4, stk. 2, enhver aktivitet på grundlag af odontologisk videnskabelig viden, herunder supplerende eller alternative behandlingsprocedurer, som udføres direkte på mennesker eller indirekte for mennesker.

19. I overensstemmelse med denne lovs § 4, stk. 3, omfatter det aktivitetsområde, som er forbeholdt udøverne af tandlægefaget, bl.a. undersøgelse af, om der foreligger eller ikke foreligger sygdomme og anomalier i tænderne, behandling heraf, herunder også kosmetiske og æstetiske indgreb, såfremt disse kræver en odontologisk undersøgelse og diagnose, samt ordination af lægemidler, medicinske utensilier og odontologisk-diagnostiske hjælpemidler.

20. I henhold til §§ 24, 25 og 26 i lov om tandlæger udøver udøverne af tandlægefaget deres fag personligt og direkte eventuelt i samarbejde med andre udøvere af tandlægefaget eller udøvere af andre sundhedsfag, navnlig i form af praksis- og udstyrsfællesskaber (lovens § 25) eller gruppepraksisser (lovens § 26). Endvidere må de i forbindelse med deres udøvelse af faget modtage bistand fra medhjælpere, såfremt disse handler efter deres præcise anvisninger og under deres konstante tilsyn (lovens § 24, stk. 2). En gruppepraksis kan i henhold til § 26, stk. 1, nr. 2), i lov om tandlæger ganske vist drives i retsformen selskab med begrænset ansvar, men dette kræver navnlig, at alle selskabsdeltagere er udøvere af tandlægefaget, der er autoriserede til selvstændig udøvelse af faget [lovens § 26, stk. 3, nr. 1)].

21. Den nævnte lovs § 31 fastsætter regler for den »frie udveksling af tjenesteydelser« og har følgende ordlyd:

»(1) Statsborgere i en stat, der er part i aftalen om Det Europæiske Økonomiske Samarbejdsområde (EØS), eller i Det Schweiziske Forbund, som lovligt udøver tandlægefaget i en af de øvrige EØS-stater eller i Schweiz, kan midlertidigt virke i Østrig fra deres udenlandske praksis eller forretningssted som led i udvekslingen af tjenesteydelser uden at lade sig registrere på tandlægelisten.

(2) Inden den første levering af en odontologisk tjenesteydelse i Østrig, som kræver et midlertidigt ophold på Østrigs område, skal tjenesteyderen indgive en anmeldelse til Österreichische Zahnärztekammer [(den østrigske tandlægeforening)] gennem tandlægeforeningen i den delstat, hvor tjenesteydelsen skal leveres, med vedhæftelse af følgende dokumentation: […]«.

22. De nationale østrigske retter har i den konkurrenceretlige retspraksis allerede fastslået, at denne bestemmelse kun tager sigte på fysiske personer med autorisation til at udøve faget, ikke på selskaber med begrænset ansvar, navnlig når deres ejerstruktur ikke opfylder kravene i § 26 i lov om tandlæger.

[6] – BGBl I 126/2005, som ændret i 2023 (BGBl I 191/2023).

III. Tvisten i hovedsagen, de præjudicielle spørgsmål og retsforhandlingerne for Domstolen

23. ÖZ er et offentligretligt organ med hjemsted i Wien (Østrig), som er oprettet ved lov for at varetage de østrigske tandlægers og tandteknikeres interesser.

24. UJ er en tandlæge med hjemsted i Østrig, som har ret til at foretage odontologiske undersøgelser og behandlinger af patienter i denne medlemsstat i henhold til behandlingsaftaler indgået mellem hende og disse patienter.

25. Urban Technology og DZK indgår i en tandteknisk virksomhed, der er aktiv i hele verden. Urban Technology har hjemsted i Tyskland og har som formål »levering af tjenesteydelser inden for livstilsprodukter for slutbrugere«. Dette selskab udbyder en tandmedicinsk kæberetningsprocedure med gennemsigtige tandskinner, som markedsføres under varemærket »DrSmile«. På selskabets websted kan potentielle kunder bestille en tid hos en såkaldt »partnertandlæge« såsom UJ, der driver virksomhed på den lokalitet, som de måtte have valgt, navnlig i Østrig. Den pågældende partnertandlæge gennemfører, når en sådan tid aftales, i sin egen praksis en anamnese, en informationssamtale og en 3D-scanning af biddet og de forberedende behandlinger, som tandskinnebehandlingen eventuelt kræver. Herefter overdrager partnertandlægen billedmaterialet samt en anbefaling vedrørende kæbereguleringsproceduren til DZK. DZK har ligeledes hjemsted i Tyskland [7]. Efter en undersøgelse af materialet overdrager DZK en behandlingsplan til kunden med angivelse af de fulde prisoplysninger.

26. Efter godkendelse af behandlingsplanen indgår alene DZK en behandlingsaftale med patienten, som omfatter alle ydelser i forbindelse med en »DrSmile«-tandregulering. DZK modtager tandskinnerne fra Urban Technology, som igen køber dem af tredjeparter. Kunden modtager tandskinnerne med posten. Den videre assistance sker gennem en app, der tilhører DZK, idet patienterne ved hjælp af denne jævnligt sender billeder af deres tænder til selskabet. Endvidere står DZK i et aftaleforhold til partnertandlægen, i det foreliggende tilfælde UJ, og betaler denne et vederlag for de ydelser, som denne leverer for de enkelte patienter i forbindelse med »DrSmile«-behandlingen.

27. ÖZ anlagde ved Landesgericht Klagenfurt (den regionale domstol i Klagenfurt) et søgsmål med påstand om forbud i henhold til Bundesgesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (den østrigske forbundslov om bekæmpelse af illoyal konkurrence) [8] sammen med en begæring om, at det ved en kendelse om foreløbige forholdsregler, indtil dommen om søgsmålet med påstand om forbud blev endelig, blev forbudt UJ at medvirke direkte eller indirekte til odontologisk virksomhed, som udøves i Østrig af udenlandske selskaber, der hverken har autorisation til at udøve odontologisk virksomhed i Østrig i henhold til lov om tandlæger eller en forhandlingstilladelse i henhold til den østrigske lovgivning om behandlingsinstitutioner.

28. UJ gjorde for sit vedkommende gældende, at DZK, som denne samarbejder med, er en i henhold til tysk ret godkendt privat behandlingsinstitution, hvis telemedicinske aktiviteter er tilladte i Østrig, ligesom det samarbejde, der består i at udføre visse opgaver med samme selskab i forbindelse med den kæbeortopædiske behandling, er tilladt. UJ anførte desuden, at hun gennemfører sine aktiviteter direkte, personligt og uafhængigt af anvisninger udefra.

[7] – Selskabsdeltagerne i Urban Technology og DZK er ikke tandlæger. DZK har imidlertid en autorisation og de øvrige tilladelser, der i henhold til tysk lovgivning kræves for at drive et odontologisk behandlingscenter (»tandklinik«) i Tyskland.

[8] – BGBl. 448/1984.

29. Landesgericht Klagenfurt (den regionale domstol i Klagenfurt) forkastede det af ÖZ anlagte søgsmål med påstand om foreløbige forholdsregler, idet den fandt, at UJ ikke medvirker til Urban Technologys og DZK's odontologiske virksomhed, at der foreligger to behandlingsaftaler, der skal betragtes særskilt, og følgelig at UJ hverken kan kvalificeres som »medhjælper ved udførelsen« eller som medvirkende til udenlandsk odontologisk virksomhed i Østrig.

30. Oberlandesgericht Graz (den øverste regionale domstol i Graz) tog, idet den behandlede et søgsmål til prøvelse af afgørelsen fra Landesgericht Klagenfurt (den regionale domstol i Klagenfurt), i det væsentlige påstanden om foreløbige forholdsregler til følge. Den lagde bl.a. til grund, at UJ handlede som DZK's »medhjælper ved udførelsen« i forbindelse med de behandlingsaftaler, der blev indgået mellem denne og patienterne, at DZK ikke havde autorisation til at levere odontologiske ydelser i Østrig, at de behandlingsydelser, som blev leveret af DZK i Østrig ved hjælp af UJ som medhjælper ved udførelsen, blev gennemført direkte og uden anvendelse af informations- og kommunikationsteknik eller -teknologi, at UJ derfor medvirkede til odontologisk virksomhed, som blev udøvet af et udenlandsk selskab i indlandet, uden at dette selskab havde autorisation til at udøve odontologisk virksomhed i henhold til lov om tandlæger eller en forhandlingstilladelse i henhold til den østrigske lovgivning om behandlingsinstitutioner, og at UJ dermed dels havde tilsidesat bestemmelserne om samarbejde i § 24 i lov om tandlæger, dels havde medvirket som medhjælper ved udførelsen til en tilsidesættelse af reglerne om faglig eksklusivitet i henhold til § 3 og § 4, stk. 3, i lov om tandlæger, som blev begået af et udenlandsk selskab.

31. Oberster Gerichtshof (øverste domstol, Østrig), som er den forelæggende ret, skal træffe afgørelse om UJ's revisionsappel, hvormed denne i det væsentlige har nedlagt påstand om, at ÖZ' søgsmål med påstand om foreløbige forholdsregler forkastes.

32. I første række er den forelæggende ret i tvivl om, hvorvidt UJ overhovedet medvirker til odontologiske aktiviteter, som leveres i Østrig af udenlandske selskaber. Den nævnte ret har nemlig konstateret, at der foreligger en samlet behandlingsaftale, der forpligter patienten og DZK, således at det kun er sidstnævnte, der i retlig forstand er tjenesteyder i forhold til patienten. UJ er for sit vedkommende kun kontraktmæssigt forpligtet i forhold til DZK som dette selskabs medhjælper ved udførelsen. Herved opstår spørgsmålet om at fastlægge det sted, hvor de odontologiske ydelser »leveres«. Navnlig skal det fastlægges, om oprindelseslandsprincippet gælder i det foreliggende tilfælde, således at leveringsstedet er Tyskland, hvor DZK lovligt driver en tandklinik. Den forelæggende ret ønsker derfor oplyst, om anvendelsesområdet for artikel 3, litra d), i direktiv 2011/24, hvorefter sundhedsydelserne i tilfælde af telemedicin anses for at være leveret i den medlemsstat, hvor sundhedstjenesteyderen er etableret, kun omfatter godtgørelse af udgifter som omhandlet i direktivets artikel 7, eller om denne bestemmelse fastsætter et generelt oprindelseslandsprincip for telemedicinske ydelser, henholdsvis om dette princip kan udledes af direktiv 2000/31.

33. I anden række ønsker den forelæggende ret med henblik på at afklare anvendelsen af direktiv 2011/24 på den foreliggende sag oplyst, hvorvidt udtrykket »sundhedsydelser i tilfælde af telemedicin« som omhandlet i artikel 3, litra d), i direktiv 2011/24 udelukkende henviser til individuelle medicinske ydelser, som gennemføres (grænseoverskridende) ved hjælp af informations- og kommunikationsteknologier (herefter »IKT«), eller til en samlet behandlingsaftale, der også kan omfatte fysiske undersøgelser i den medlemsstat, hvor patienten har bopæl, samt hvorvidt ydelser ved hjælp af IKT skal udgøre den overvejende del, for at der foreligger en »sundhedsydelse i tilfælde af telemedicin«. Endvidere ønsker den nævnte ret oplyst,

hvorvidt det, såfremt der som i det foreliggende tilfælde foreligger en forbindelse mellem disse to typer ydelser, kan lægges til grund, at der foreligger en »grænseoverskridende sundhedsydelse« som omhandlet i artikel 3, litra d) og e), i direktiv 2011/24.

34. I tredje række har den forelæggende ret rejst spørgsmålet om, hvilken lovgivning der finder anvendelse på »telemedicin«. I denne henseende er samspillet mellem på den ene side artikel 2, litra n), artikel 3, litra d), og artikel 4, litra a), i direktiv 2011/24 og på den anden side artikel 5, stk. 3, i direktiv 2005/36, hvorefter en tjenesteyder, der »flytter« til en anden medlemsstat, er underlagt de faglige, fagretlige eller administrative adfærdsregler i værtsmedlemsstaten, relevant. Forholdet mellem direktiv 2000/31, navnlig artikel 2, litra h), nr. ii), heri og 18. betragtning hertil, direktiv 2005/36, navnlig artikel 5 heri og fjerde betragtning hertil, og direktiv 2011/24, navnlig artikel 2, litra n), artikel 3, litra d), og artikel 4, litra a), heri, er ligeledes relevant. Domstolen har nemlig i anden sammenhæng allerede fastslået, at forretningsmæssig hjælp i skattesager, som ydes grænseoverskridende, uden at de handlende personer flytter til den anden medlemsstat, ikke er omfattet af artikel 5 i direktiv 2005/36, eftersom denne bestemmelse kun finder anvendelse, i tilfælde af at tjenesteyderen flytter til værtsmedlemsstatens område[9]. Ifølge den forelæggende ret er det i forbindelse med sundhedstjenesteydelser af hensyn til beskyttelsen af patienterne påkrævet, at faglige adfærdsregler i patientens bopælsmedlemsstat overholdes, også i tilfælde af rene (grænseoverskridende) korrespondance-tjenesteydelser og uanset oprindelseslandsprincippet.

35. Endelig er den forelæggende ret i fjerde række i tvivl om, hvorledes artikel 56 TEUF skal fortolkes, såfremt det bør lægges til grund, at de af UJ udførte odontologiske ydelser i retlig henseende »leveres« i Østrig. Hvad angår UJ opstår for det første nærmere bestemt spørgsmålet om, hvorvidt hun, idet hun ikke handler på grundlag af en egen behandlingsaftale, men blot som DZK's medhjælper ved udførelsen, overtræder lov om tandlæger, som regulerer tandlægefaget, og derved tilsidesætter eksklusivitetsreglen for tandlæger. Den forelæggende ret har således anført, at selv om DZK har autorisation som privatklinik i Tyskland, har dette selskab hverken en forhandlingstilladelse i Østrig i henhold til lovgivningen om behandlingsinstitutioner eller en autorisation som omhandlet i lov om tandlæger. Selskabets ejerstruktur er desuden i strid med kravene i lov om tandlæger. Den forelæggende ret har således rejst det spørgsmål, om bestemmelserne i lov om tandlæger, som primært fastsætter en direkte og personlig udøvelse af faget og kun fastsætter en »foreløbig« fri udveksling af tjenesteydelser for »EØS-statsborgere«, er i overensstemmelse med den frie udveksling af tjenesteydelser som fastsat i artikel 56 TEUF ff., når som i det foreliggende tilfælde en udenlandsk tandlæge – permanent – i henhold til en samlet behandlingsaftale leverer sine ydelser, til dels (ved hjælp af IKT) fra udlandet, og til dels i indlandet gennem en autoriseret tandlæge som medhjælper ved udførelsen. For det andet finder den forelæggende ret det med hensyn til DZK uklart, om en (analog) anvendelse af bestemmelserne om gruppepraksisser i § 26 i lov om tandlæger, hvorefter kun tandlæger må være selskabsdeltagere, også udgør en tilsidesættelse af den frie udveksling af tjenesteydelser, når navnlig henses til den retspraksis, hvorefter medlemsstaterne kun kan begrænse den frie udveksling af læge- og hospitalsydelser i det omfang, opretholdelse af behandlingsmuligheder eller en lægelig kompetence på det nationale territorium er væsentlig for den offentlige sundhed eller for befolkningens overlevelse, navnlig idet fysiske personer ikke nødvendigvis kan sikre et højere behandlingsniveau end juridiske personer[10].

[9] – Jf. dom af 17.12.2015, X-Steuerberatungsgesellschaft (C-342/14, herefter »X-Steuerberatungsgesellschaft-dommen«, EU:C:2015:827, præmis 34 og 35).

[10] – Jf. dom af 28.4.1998, Kohll (C-158/96, herefter »Kohll-dommen«, EU:C:1998:171, præmis 51), og af 13.5.2003, Müller-Fauré og van Riet (C-385/99, EU:C:2003:270, præmis 67).

36. Under disse omstændigheder har Oberster Gerichtshof (øverste domstol) besluttet at udsætte sagen og forelægge Domstolen følgende præjudicielle spørgsmål:

»1.1) Omfatter anvendelsesområdet for artikel 3, litra d), i direktiv [2011/24], hvorefter sundhedsydelserne i tilfælde af telemedicin anses for at være leveret i den medlemsstat, hvor sundhedstjenesteyderen er etableret, kun godtgørelse af udgifter som omhandlet i direktivets artikel 7?

1.2) Såfremt spørgsmål 1.1 besvares benægtende, fastsætter artikel 3, litra d), i direktiv [2011/24] da et generelt oprindelseslandsprincip for telemedicinske ydelser?

1.3) Fastsætter direktiv [2000/31] et oprindelseslandsprincip for telemedicinske ydelser?

2.1) Henviser udtrykket »sundhedsydelser i tilfælde af telemedicin« som omhandlet i artikel 3, litra d), i direktiv [2011/24] udelukkende til enkeltstående medicinske ydelser, som gennemføres (grænseoverskridende) ved hjælp af informations- og kommunikationsteknologier (IKT), eller til en samlet behandlingsaftale, der også kan omfatte fysiske undersøgelser i patientens bopælsstat?

2.2) Såfremt fysiske undersøgelser kan være omfattet, skal ydelser ved hjælp af IKT da udgøre den overvejende del, for at der foreligger en »sundhedsydelse i tilfælde af telemedicin«, og efter hvilke kriterier skal det i så fald vurderes, om de udgør den overvejende del?

2.3) Skal en medicinsk behandling samlet set betragtes som en grænseoverskridende sundhedsydelse som omhandlet i artikel 3, litra d) og e), i direktiv [2011/24], når en sundhedstjenesteyder, der i forhold til patienten er hjemmehørende i en anden medlemsstat, og hvormed patienten har indgået en behandlingsaftale (her en tandklinik), leverer en del af den samlede behandling ved hjælp af IKT, hvorimod den anden del af den samlede ydelse leveres af en sundhedstjenesteyder, der er hjemmehørende i samme medlemsstat som patienten (en etableret tandlæge)?

3.1) Skal artikel 2, litra n), [i direktiv 2011/24], sammenholdt med artikel 3, litra d), og artikel 4, litra a), [heri] og sammenholdt med artikel 5, stk. 3, i direktiv [2005/36], fortolkes således, at en tandklinik, der er etableret i Tyskland i tilfælde af »telemedicinske sundhedsydelser« i Østrig skal overholde de i denne stat gældende nationale faglige, fagretlige eller administrative adfærdsregler (navnlig §§ 24, 26 og 31 i lov om tandlæger)?

3.2) Skal artikel 5, stk. 3, i direktiv [2005/36] fortolkes således, at en sundhedstjenesteyder flytter til en anden medlemsstat, når vedkommende alene leverer medicinske ydelser ved hjælp af IKT? Foreligger der, såfremt dette spørgsmål besvares benægtende, en flytning til en anden medlemsstat, hvis vedkommende lader medhjælpere ved udførelsen foretage fysiske undersøgelser eller behandlinger i patientens bopælsstat??

4) Er den frie udveksling af tjenesteydelser som fastsat i artikel 56 TEUF ff. til hinder for bestemmelserne i den østrigske lov om tandlæger, som i §§ 24 ff. primært fastsætter en direkte og personlig udøvelse af faget og kun fastsætter en »foreløbig« fri udveksling af tjenesteydelser for »EØS-statsborgere« inden for rammerne af § 31 [i lov om tandlæger], i situationer som den foreliggende, hvor en udenlandsk tandlæge – i princippet permanent

– i henhold til en samlet behandlingsaftale leverer ydelser, til dels ved hjælp af IKT fra udlandet (dvs. ved en grænseoverskridende korrespondance-tjenesteydelse) og til dels i indlandet gennem en autoriseret østrigsk tandlæge som medhjælper ved udførelsen?«

37. UJ, ÖZ, Urban Technology, DZK, den østrigske, den nederlandske og den polske regering samt Europa-Kommissionen har indgivet skriftlige indlæg. Disse parter har ligeledes med undtagelse af den østrigske og den polske regering afgivet mundtlige indlæg i retsmødet, som blev afholdt den 13. februar 2025.

IV. Bedømmelse

A. Formaliteten med hensyn til visse præjudicielle spørgsmål

38. ÖZ og Republikken Østrig har i de skriftlige indlæg gjort gældende, at visse af de præjudicielle spørgsmål, som den forelæggende ret har forelagt, ikke kan antages til realitetsbehandling. Der sigtes navnlig for det første til spørgsmål 1.1-1.3, 2.1, 2.2, 3.1 og 3.2, der er hypotetiske [11], eller som savner enhver forbindelse med realiteten i hovedsagen eller dennes genstand [12], med den begrundelse, at de vedrører bestemmelserne i direktiv 2011/24, 2000/31 og 2005/36 om »telemedicinske« ydelser, mens den i hovedsagen omhandlede odontologiske behandling består i »fysiske handlinger«, for det andet til spørgsmål 3.1 og 3.2, som ifølge Republikken Østrig i to henseender er hypotetiske, for så vidt som det personelle anvendelsesområde for direktiv 2005/36 ikke omfatter juridiske personer såsom Urban Technology og DZK, og endelig for det tredje til spørgsmål 4, som ifølge ÖZ ikke opfylder kravene i artikel 94 i Domstolens procesreglement med hensyn til indholdet af anmodninger om præjudiciel afgørelse, for så vidt som spørgsmålet ikke er affattet »klart og præcist«.

39. Jeg minder i denne henseende om, at det følger af Domstolens faste praksis, at der gælder en formodning for, at et præjudicielt spørgsmål vedrørende EU-retten er relevant. Domstolen kan alene afvise at træffe afgørelse vedrørende et sådant spørgsmål, såfremt det klart fremgår, at den ønskede fortolkning af EU-retten savner enhver forbindelse med realiteten i hovedsagen eller dennes genstand, når problemet er af hypotetisk karakter, eller når Domstolen ikke råder over de faktiske og retlige oplysninger, som er nødvendige for, at den kan foretage en sagligt korrekt besvarelse af de forelagte spørgsmål [13].

40. Jeg konstaterer imidlertid i det foreliggende tilfælde, at de retlige og faktiske omstændigheder, der ligger til grund for hovedsagen, er beskrevet tilstrækkelig detaljeret i forelæggelsesafgørelsen. Desuden gør de oplysninger, som den forelæggende ret har fremlagt, det muligt at fastlægge rækkevidden af de forelagte spørgsmål og fastslå, at disse hverken er hypotetiske eller uden forbindelse med genstanden for den sag, der behandles, eller er affattet på en måde, der ikke er tilstrækkelig »klar og præcis«. Hvad for det første angår de præjudicielle spørgsmål 1.1-1.3, 2.1, 2.2, 3.1 og 3.2 og den angivelige uanvendelighed af direktiv 2011/24, 2000/31 og 2005/36 med den begrundelse, at de sundhedsydelser, som DZK leverer, udelukkende er fysiske og derfor ikke skal anses for omfattet af begrebet »telemedicinske ydelser«, vil jeg nemlig anføre, at disse spørgsmål netop i forskellige henseender vedrører den retlige kvalificering og behandling af de pågældende sundhedsydelser og følgelig ikke kan anses for at være hypotetiske eller for at være uden

[11] – Republikken Østrig har nærmere bestemt henvist til spørgsmål 1.1-1.3, 2.1, 2.2, 3.1 og 3.2.

[12] – ÖZ har nærmere bestemt henvist til spørgsmål 1.2, 1.3, 3.1 og 3.2.

[13] – Jf. bl.a. dom af 20.3.2025, Arce (C-365/23, EU:C:2025:192, præmis 38 og den deri nævnte retspraksis).

forbindelse med sagens genstand. Hvad for det andet angår den hypotetiske karakter af spørgsmål 3.1 og 3.2, der ifølge Republikken Østrig er et resultat af, at direktiv 2005/36 ikke kan finde anvendelse på juridiske personer såsom DZK, vil jeg præcisere, at selv om dette direktiv sikrer anerkendelsen af erhvervsmæssige kvalifikationer, som medlemsstaternes *statsborgere* måtte have erhvervet i en eller flere medlemsstater, dvs. fysiske personer, med henblik på adgang til de lovregulerede erhverv, som direktivet omhandler, og udøvelsen heraf i en anden medlemsstat, er disse to spørgsmål blevet fremsat i forbindelse med den særlige situation, hvor en fysisk person, i det foreliggende tilfælde UJ, som udøver sit erhverv som tandlæge, handler som »medhjælper ved udførelsen« for en juridisk person, i det foreliggende tilfælde DZK, idet anvendeligheden af det pågældende direktiv følgelig har karakter af et spørgsmål med hensyn til realiteten [14]. Hvad for det tredje angår spørgsmål 4 er jeg af den opfattelse, at dette spørgsmål opfylder kravene i procesreglementets artikel 94, således at Domstolen råder over de faktiske og retlige oplysninger, som er nødvendige for, at den kan foretage en sagligt korrekt besvarelse heraf [15].

41. Under disse omstændigheder kan den forelæggende rets præjudicielle spørgsmål efter min opfattelse alle antages til realitetsbehandling.

B. Realiteten

42. Den forelæggende ret har, idet den finder, at de faktiske omstændigheder, som ligger til grund for hovedsagen, rejser en række spørgsmål knyttet til fortolkningen og anvendelsen af direktiv 2011/24, 2000/31 og 2005/36 samt artikel 56 TEUF, besluttet at forelægge en række spørgsmål, der vedrører forskellige aspekter i forhold til kvalificeringen af blandede sundhedsydelser, dvs. sundhedsydelser, som både omfatter ydelser, der leveres fysisk af en tandlæge, og ydelser, der leveres som distanceydelser ved hjælp af IKT, og i forhold til de konsekvenser, som denne kvalificering har til følge.

43. Nærmere bestemt opstår den tvivl, som den forelæggende ret har givet udtryk for, i en situation, hvor personer etableret i Østrig har gjort brug af undersøgelser og behandlinger, der er nødvendige for at få foretaget en tandregulering, og som er udført af en tandlæge, der har autorisation i Østrig, idet de pågældende personer efterfølgende har fortsat behandlingen ved hjælp af en digital app på grundlag af en aftale om tandregulering, der er indgået med en tysk tandklinik, som ikke har autorisation i Østrig.

44. I denne henseende noterer jeg indledningsvis, at selv om det i hovedsagen omhandlede søgsmål med påstand om forbud er rettet mod tandlægen UJ, synes de forbehold, som den forelæggende ret har rejst, i det foreliggende tilfælde først og fremmest at vedrøre den retsstilling, som DZK befinder sig i. Det er nemlig ubestridt, at UJ opfylder alle de betingelser, der kræves i henhold til østrigsk lovgivning for at kunne udøve odontologisk virksomhed i Østrig.

45. Disse forbehold vedrører i virkeligheden hovedsageligt kvalificeringen af de faktiske omstændigheder i hovedsagen, idet denne kvalificering synes at udgøre forudsætningen for den forelæggende rets retlige ræsonnement, dvs. at UJ udøver virksomhed i Østrig som DZK's »medhjælper ved udførelsen«, med den konsekvens, at DZK i det foreliggende tilfælde er den eneste tjenesteyder i forhold til den odontologiske behandling, der, selv om den består af flere

[14] – Jf. artikel 2, stk. 1, i direktiv 2005/36. I øvrigt har Domstolen allerede tidligere accepteret som led i realitetsbehandlingen at undersøge, om direktiv 2005/36 kan anvendes på juridiske personer (jf. bl.a. X-Steuerberatungsgesellschaft-dommen, præmis 34 og 35, og hvad angår realiteten Cruz Villalóns forslag til afgørelse i samme sag, C-342/14, EU:C:2015:646, præmis 42-46 og den deri nævnte retspraksis).

[15] – Jf. i denne retning dom af 13.11.2018, Levola Hengelo (C-310/17, EU:C:2018:899, præmis 30).

ydelser af forskellig karakter, udgør én samlet behandling. Parterne i hovedsagen er imidlertid ikke enige i denne retlige kvalificering, hvilket påvirker den af disse parter foreslåede fortolkning af de bestemmelser, som regulerer navnlig anvendelsesområdet for de direktiver, der er nævnt i punkt 42 i dette forslag til afgørelse.

46. I denne forbindelse og med forbehold af den forelæggende rets efterprøvelse af, hvorvidt denne forudsætning er rigtig, foreslår jeg at analysere disse forskellige aspekter i følgende rækkefølge: Først skal det vurderes, om og under hvilke betingelser en aktivitet såsom den i hovedsagen omhandlede kan anses for at være en del af en »telemedicinsk« ydelse som omhandlet i direktiv 2011/24 (*spørgsmål 2.1-2.3*); dernæst skal de retlige konsekvenser, som en sådan kvalificering indebærer, undersøges, både i forhold til direktiv 2011/24 (*spørgsmål 1.1 og 1.2*) og i forhold til direktiv 2000/31 (*spørgsmål 1.3*); endvidere skal relevansen af direktiv 2005/36 (*spørgsmål 3.1 og 3.2*) og endelig relevansen af de frie bevægeligheder, navnlig den frie udveksling af tjenesteydelser (artikel 56 TEUF) og etableringsfriheden (artikel 49 TEUF) (*spørgsmål 4*), undersøges.

1. Om kvalificeringen som »telemedicinsk« ydelse som omhandlet i direktiv 2011/24 (spørgsmål 2.1-2.3)

47. Med spørgsmål 2.1-2.3 ønsker den forelæggende ret nærmere bestemt oplyst, hvorvidt begrebet »sundhedsydelser i tilfælde af telemedicin« som omhandlet i artikel 3, litra d), i direktiv 2011/24 kun omfatter en medicinsk ydelse, som gennemføres udelukkende ved hjælp af IKT, eller også en samlet behandlingsaftale, der indebærer fysiske undersøgelser, og, i sidstnævnte tilfælde, hvorvidt de fysiske ydelser skal udgøre den overvejende del, og i givet fald hvorledes det skal vurderes, om de udgør den overvejende del. Endvidere ønsker den forelæggende ret oplyst, om en medicinsk behandling samlet set skal anses for omfattet af begrebet »grænseoverskridende sundhedsydelse« som omhandlet i artikel 3, litra d) og e), i direktiv 2011/24, når en udbyder af en del af behandlingen er hjemmehørende i en anden medlemsstat end patientens, og en del af behandlingen leveres af en anden udbyder, der er hjemmehørende i samme medlemsstat som patienten.

48. Med disse spørgsmål, som er blevet forelagt med henblik på at afgøre, om direktiv 2011/24 finder anvendelse i den foreliggende sag[16], ønskes det oplyst, om sundhedsydelser såsom de i hovedsagen omhandlede kan betragtes som »telemedicin«, når en behandling på samme tid omfatter en fysisk undersøgelse, der gennemføres i patientens bopælsmedlemsstat, og ydelser, der leveres ved hjælp af IKT.

49. I denne forbindelse minder jeg indledningsvis om, at artikel 3, litra d), i direktiv 2011/24 definerer »behandlingsmedlemsstaten« som den medlemsstat, på hvis område sundhedsydelserne faktisk leveres til patienten, og i andet punktum præciserer, at »[i] tilfælde af telemedicin anses sundhedsydelserne *for at være leveret i den medlemsstat, hvor sundhedstjenesteyderen er etableret*«[17]. Det følger af denne bestemmelse, at begrebet »telemedicin«, som er en type »sundhedsydelse«, der er omfattet af det nævnte direktiv som

[16] – Jf. punkt 33 i dette forslag til afgørelse.

[17] – Min fremhævelse.

omhandlet i artikel 3, litra a), heri [18], indebærer klare retlige konsekvenser, nemlig fastlæggelsen af det sted, hvor tjenesteydelsen leveres, og følgelig af, hvilken lovgivning der finder anvendelse på ydelsen [19].

50. Begrebet er imidlertid hverken defineret eller nærmere præciseret i direktivet.

51. I henhold til Domstolens faste praksis skal en EU-retlig bestemmelse, som efter sin ordlyd ikke indeholder nogen udtrykkelig henvisning til medlemsstaternes ret med henblik på at fastlægge dens betydning og rækkevidde, normalt undergives en selvstændig og ensartet fortolkning i hele Unionen, som skal søges under hensyntagen til ikke alene denne bestemmelses ordlyd, men også til den sammenhæng, hvori den indgår, og det mål, der forfølges med den ordning, som den udgør en del af [20]. En EU-retlig bestemmelses tilblivelseshistorie kan ligeledes give relevante elementer med henblik på dens fortolkning [21].

52. *Hvad* i første række *angår ordlyden og tilblivelseshistorien* følger det af Domstolens faste praksis, at fastlæggelsen af betydningen og rækkevidden af udtryk, som ikke er defineret i EU-retten, skal ske efter deres normale betydning i sædvanlig sprogbrug [22]. Med hensyn til nye og tekniske udtryk såsom »telemedicin« er det imidlertid navnlig den bredere lovgivningsmæssige sammenhæng, der er relevant.

53. Det forekommer i denne forbindelse hensigtsmæssigt at tage hensyn til Kommissionens meddelelse af 4. november 2008 om telemedicin [23], der, selv om den ikke er retligt bindende, idet den blev offentliggjort før vedtagelsen af direktiv 2011/24, er særlig relevant med henblik på at vurdere betydningen af udtrykket »telemedicin«, som Kommissionen bl.a. anvendte i sit forslag til direktiv [24]. I afsnittet »Definition og eksempler« defineres »telemedicin« således som »levering af sundhedsydelser – *gennem brug af IKT* – i situationer, hvor sundhedsarbejderen og patienten (eller to sundhedsarbejdere) *ikke befinder sig på samme sted*. Den omfatter sikker overførsel af helbredsoplysninger og informationer via tekst, lyd, billeder eller andre former, der er nødvendige for forebyggelse, diagnose, behandling og opfølgning af patienter« [25].

54. Desuden fremgik det af direktivforslaget, at en af formerne for udførelse af »grænseoverskridende sundhedsydelser« var »levering af sundhedsydelser på tværs af grænserne (*dvs. levering af tjenester fra én medlemsstats område til en anden medlemsstats område); f.eks. telemedicinydelser*, fjerndiagnosticering, fjernudskrivning af recepter og laboratorieydelser«, og

[18] – Dette begreb er således underlagt af de samme professionelle kvalitets- og sikkerhedsstandarder som enhver anden form for sundhedsydelse (jf. i denne retning Rådets førstebehandlingsholdning (EU) nr. 14/2010 med henblik på vedtagelse af Europa-Parlamentets og Rådets direktiv om patientrettigheder i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelser, vedtaget af Rådet den 13.9.2010 (EUT 2010, C 275 E, s. 1), s. 23).

[19] – Disse konsekvenser vil blive analyseret i punkt 69 og 70 i dette forslag til afgørelse.

[20] – Jf. dom af 29.7.2024, LivaNova (C-713/22, EU:C:2024:642, præmis 61 og den deri nævnte retspraksis).

[21] – Jf. dom af 10.12.2018, Wightman m.fl. (C-621/18, EU:C:2018:999, præmis 47 og den deri nævnte retspraksis).

[22] – Jf. i denne retning dom af 22.12.2008, Wallentin-Hermann (C-549/07, EU:C:2008:771, præmis 17 og den deri nævnte retspraksis).

[23] – Meddelelse fra Kommissionen til Europa-Parlamentet, Rådet, Det Europæiske Økonomiske og Sociale Udvalg og Regionsudvalget om telemedicin til gavn for patienter, sundhedssystemer og samfundet (KOM(2008) 689 endelig).

[24] – Jf. tiende betragtning til forslag til Europa-Parlamentets og Rådets direktiv om patientrettigheder i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelser af 2.7.2008 (KOM(2008) 414 endelig) (herefter »direktivforslaget«).

[25] – Min fremhævelse. I den pågældende meddelelse forklares, at »[t]elemedicin omfatter en lang række tjenester. Dem, der oftest nævnes i såkaldte peer-reviews, er teleradiologi, telepatologi, teledermatologi, telekonsultation, teleovervågning, telekirurgi og teleoftalmologi. Andre potentielle tjenester omfatter call centre/online-informationscentre for patienter, fjernkonsultation/e-besøg eller videokonferencer mellem sundhedsarbejdere«.

at denne form for udførelse adskilte sig fra de tre andre former for udførelse af grænseoverskridende ydelser [26]. Denne forståelse af begrebet »telemedicin« blev under hele lovgivningsprocessen ikke anfægtet [27].

55. Heraf følger, at det afgørende forhold ved begrebet »telemedicin« i den betydning, som EU-lovgiver har sigtet til, beror på, at tjenesteydelsen gennemføres som fjernydelse ved hjælp af IKT, uden at de involverede parter, dvs. patienten og sundhedstjenesteyderen, er fysisk til stede samtidig. Denne konstatering bekræftes desuden af andre forudgående bløde retskilder (*soft law*), såsom arbejdsdokumentet af 6. december 2012 fra Kommissionens tjenestegrene om anvendelse af den eksisterende EU-lovgivning på telemedicinske ydelser [28] eller retningslinjer fra relevante europæiske og internationale organisationer [29].

56. I anden række *understøttes* denne fortolkning *af den sammenhæng*, hvori direktiv 2011/24 indgår. Det skal nemlig erindres, at i henhold til dette direktivs artikel 7, stk. 1, er et af de generelle principper for godtgørelse af udgifter til grænseoverskridende sundhedsydelser, at den forsikredes udgifter til sådanne ydelser godtgøres i forsikringsmedlemsstaten, hvis den forsikrede har ret til ydelserne i forsikringsmedlemsstaten. I henhold til samme direktivs artikel 7, stk. 7, kan forsikringsmedlemsstaten dog »for en forsikret, der søger godtgørelse af udgifter til grænseoverskridende sundhedsydelser, *herunder sundhedsydelser, der er modtaget i form af telemedicin*, fastsætte de samme betingelser, behandlingskriterier og lovgivningsmæssige og administrative formaliteter [...], som den ville fastsætte, hvis disse sundhedsydelser var blevet leveret på dens område« [30]. Brugen af ordet »herunder« indebærer nemlig, at sundhedsydelser, der er modtaget i form af telemedicin, skal betragtes som »grænseoverskridende sundhedsydelser«, der i direktivets artikel 3, litra e), er defineret som »sundhedsydelser, der leveres eller ordineres i en anden medlemsstat end forsikringsmedlemsstaten«. Følgelig indebærer »telemedicin« i forbindelse med anvendelsen af direktiv 2011/24 levering af sundhedsydelser i en anden medlemsstat end den forsikringsmedlemsstat, hvor patienten fysisk befinder sig, uden at patienten af den grund behøver fysisk at rejse til behandlingslandet for at modtage de pågældende ydelser, netop takket være anvendelsen af IKT.

57. I tredje række synes den nævnte fortolkning ligeledes at være i overensstemmelse med *det mål, der forfølges* med direktiv 2011/24, og som navnlig består i at lette adgangen til sikre grænseoverskridende sundhedsydelser af høj kvalitet og at fremme samarbejdet mellem

[26] – Jf. tiende betragtning til direktivforslaget. De tre andre former for udførelse er følgende: i) brug af sundhedsydelser i udlandet (dvs. når en patient begiver sig til en sundhedstjenesteyder i en anden medlemsstat for at få behandling), ii) en sundhedstjenesteyders faste tilstedeværelse (dvs. når en sundhedstjenesteyder etablerer sig i en anden medlemsstat) og iii) personers midlertidige tilstedeværelse (dvs. sundhedsprofessionelles mobilitet, når de f.eks. flytter midlertidigt til patientens medlemsstat for at udføre ydelser).

[27] – Jf. bl.a. 2980. samling i Rådet Beskæftigelse, socialpolitik, sundhed og forbrugerpolitik Bruxelles, den 30.11. til den 1.12.2009 (16611/1/09 REV 1 (Presse 348)), i hvilken forbindelse det blev præciseret, at »[e]-sundhed omfatter forskellige ydelser: [...] telemedicin (*i situationer, hvor sundhedspersonalet og patienten ikke befinder sig samme sted*; dette omfatter bl.a. teleradiologi og telepatologi) (min fremhævelse).

[28] – Commission Staff Working Document on the applicability of the existing EU legal framework to telemedicine services (SWD(2012) 414 final, s. 3), der udelukkende er tilgængelig i en engelsk sprogversion. Det præciseres i dette dokument, at elektroniske recepter udtrykkeligt er udelukket anvendelsesområdet for telemedicin, idet der er tale om en »accessorisk og uafhængig handling, der også kan udføres *i forbindelse med et fysisk fremmøde* hos en læge« (frit oversat og min fremhævelse).

[29] – Jf. CPME Policy on Telemedicine (CPME 2021/012 FINAL, s. 1) af 20.3.2021, Standing Committee of European Doctors, der bl.a. er tilgængelig på engelsk: »Telemedicine is the practice of medicine over a distance, in which interventions, diagnoses, therapeutic decisions, and subsequent treatment recommendations are based on patient data, documents and other information transmitted through telecommunication system.« Jf. i denne retning ligeledes WHO, Consolidated Telemedicine implementation guide, s. 2, af 9.11.2022, der udelukkende er tilgængelig på engelsk, og som definerer »telemedicin« som »the delivery of health-care services where distance is a critical factor, by all health-care professionals using information and communication technologies for the exchange of valid information for diagnosis, treatment and prevention of disease and injuries all in the interests of advancing the health of individuals and their communities«.

[30] – Min fremhævelse.

medlemsstaterne om sundhedsydelser under fuld hensyntagen til de nationale beføjelser til at tilrettelægge og levere sundhedsydelser [31]. Dette mål indgår som led i de mere generelle mål, der er omhandlet i artikel 168 TEUF, som navnlig tjener som retsgrundlag for det nævnte direktiv, og hvori der dels i stk. 1 fastsættes det mere generelle mål om at sikre et »højt sundhedsbeskyttelsesniveau ved fastlæggelsen og gennemførelsen af alle Unionens politikker og aktiviteter«, dels i stk. 7 mindes om, at »Unionens indsats respekterer medlemsstaternes ansvar for udformningen af deres sundhedspolitik samt for organisation og levering af sundhedstjenesteydelser og behandling på sundhedsområdet«.

58. Når en læge gennemfører en medicinsk behandling i en medlemsstat, skal den lovgivning, der finder anvendelse, i denne forbindelse sikre, at sikkerheds- og hygiejnestandarder overholdes, at der iværksættes passende mekanismer for ansvar, og at lægen ligeledes er klar over, inden for hvilke retlige rammer vedkommende udøver virksomhed. Det ville imidlertid gøre indgreb i behandlingsmedlemsstatens beføjelse til at tilrettelægge sine sundhedsydelser og udsætte læger og deres patienter for en ubegrundet retsusikkerhed, såfremt en anden medlemsstats regler for sikkerhed, hygiejne og ansvar blev anvendt på en læge, der udøver sit faglige virke i sin egen medlemsstat, alene med den begrundelse, at behandlingen som helhed også omfatter telemedicinske ydelser, der leveres af andre sundhedstjenesteydere i andre medlemsstater. I en sådan situation ville en medlemsstat nemlig ikke længere kunne kræve af sine egne læger, der leverer sundhedsydelser på dens område, at de overholder de sikkerheds- og hygiejnestandarder, som måtte gælde i den pågældende medlemsstat. Behandlingsmedlemsstaten ville i stedet være nødt til at pålægge sine egne læger en anden medlemsstats regler for sikkerhed, hygiejne og ansvar.

59. I tilfælde, hvor kun den telemedicinske del gennemføres i en grænseoverskridende sammenhæng, ville en »samlet vurdering« desuden føre til, at en rent national ydelse kunstigt ville blive omkvalificeret til en grænseoverskridende ydelse. Hvis en fysisk undersøgelse eller en behandling blev anset for at være en integrerende del af en telemedicinsk ydelse alene med den begrundelse, at den har dannet grundlag for en samlet behandlingsaftale, der indeholder ydelser, som de facto er blevet leveret i form af telemedicin, ville dette i praksis føre til en omgåelse af reglen i artikel 3, litra d), første punktum, i direktiv 2011/24, hvorefter der ved »behandlingsmedlemsstat« forstås den medlemsstat, på hvis område sundhedsydelserne »faktisk« leveres til patienten.

60. Endelig ville en anden fortolkning kunne tilskynde til misbrug i forbindelse med anvendelsen af reglerne om godtgørelse af udgifter til grænseoverskridende sundhedsydelser. I tilfælde af sundhedsydelser af kompleks karakter ville dette kunne føre til, at der blev indgået aftaler med enheder, der er hjemmehørende i en anden medlemsstat end patientens forsikringsmedlemsstat, og som eksempelvis kun gennemfører indledende undersøgelser ved hjælp af telemedicin, og, mens hovedparten af de lægeydelser, der ville være omfattet af aftalen, ville blive gennemført i patientens forsikringsmedlemsstat, ville de samlede ydelser, der ville danne grundlag for aftalen, ikke desto mindre kunne behandles som en grænseoverskridende sundhedsydelse, der resulterer i godtgørelse af omkostninger i henhold til artikel 7, stk. 1, i direktiv 2011/24.

[31] – Jf. artikel 1, stk. 1, første punktum, i direktiv 2011/24.

61. For så vidt som »telemedicin« udelukkende vedrører ydelser, der gennemføres som fjernydelser ved hjælp af IKT uden samtidig fysisk tilstedeværelse af de involverede parter, ville ydelser, der blev leveret fysisk under samtidig tilstedeværelse af læge og patient, derfor ikke være omfattet af begrebet »telemedicin«, selv hvis de blev leveret som led i en bredere behandling, der måtte indebære såvel telemedicinske ydelser som ydelser, der leveres under fysisk tilstedeværelse.

62. I det foreliggende tilfælde ville det heraf følge, at de ydelser, der leveres af UJ under fysisk tilstedeværelse i sin egen praksis, dvs. anamnese, informationssamtale, 3D-scanning af biddet og de forberedende behandlinger, som tandskinnebehandlingen kræver, ikke ville kunne betragtes som »telemedicinske« ydelser som omhandlet i artikel 3, litra d), i direktiv 2011/24, vel at mærke dels uanset forholdet mellem parterne, herunder hvorvidt patienterne kun er kontraktmæssigt forpligtet i forhold til udbyderen af de telemedicinske ydelser, eller hvorvidt UJ handler som DZK's »medhjælper ved udførelsen«, dels uanset om ydelserne er en del af en »samlet sundhedsydelse«. Derimod vil de ydelser, der leveres af DZK som fjernydelser – dvs. alle de ydelser, som DZK gennemfører efter godkendelse af behandlingsplanen [32] – kunne falde ind under begrebet »telemedicin« som omhandlet i direktiv 2011/24, forudsat at de i praksis kan adskilles fra hinanden og ikke kræver tandlægens efterfølgende medvirken.

63. Selv om det alene tilkommer den forelæggende ret at vurdere, om de ydelser, der gennemføres af DZK, er »adskillelige«, kan følgende oplysninger efter min opfattelse være nyttige i denne henseende.

64. For det første minder jeg om, at artikel 3, litra a), i direktiv 2011/24 definerer begrebet »sundhedsydelser« som »sundhedsydelser, der leveres af sundhedsprofessionelle til patienter for at vurdere, bevare eller genetablere deres sundhedstilstand, herunder *ordinering, udlevering og levering af lægemidler og medicinsk udstyr*« [33]. Simpel levering af medicinsk udstyr ved hjælp af digitale midler – som i den foreliggende sag tandskinner og videre assistance gennem en digital app – ville følgelig kunne udgøre sådanne »sundhedsydelser«. Jeg noterer i denne forbindelse, at det fremgår af 26. betragtning til direktiv 2011/24, at fri udveksling af tjenesteydelser omfatter frihed for modtagerne af sundhedsydelser, herunder personer, der har behov for lægebehandling, ikke alene til at rejse til en anden medlemsstat for at modtage ydelserne, men ligeledes til at »gøre brug af sundhedsydelser i en anden medlemsstat på andre måder, f.eks. gennem e-sundhedsløsninger«.

65. For det andet er jeg af den opfattelse, at når de telemedicinske ydelser fremstår som accessoriske til og uadskillelige fra den fysiske ydelse [34], for så vidt som de vil kunne påvirke kvaliteten af denne, eller når de telemedicinske ydelser også indebærer medvirken af en læge i patientens forsikringsmedlemsstat [35], kan sådanne telemedicinske ydelser ikke adskilles fra de fysiske ydelser. Jeg gør nemlig opmærksom på, at behandlingsmedlemsstaten ifølge ordlyden af artikel 3, litra d), i direktiv 2011/24 er den medlemsstat, på hvis område sundhedsydelserne »*faktisk* leveres«. Når bestemte sundhedsydelser leveres ved hjælp af teknologier, som er en integrerende del af de pågældende sundhedsydelser, deler de således retlig skæbne med andre fysiske sundhedsydelser. I en sådan situation er der nemlig ikke tale om et tilfælde af »telemedicin« som omhandlet i direktivets artikel 3, litra d), andet punktum, idet den »faktiske

[32] – Jf. punkt 26 i dette forslag til afgørelse.

[33] – Min fremhævelse.

[34] – Jf. analogt dom af 1.10.2020, A (Reklame og onlinesalg af lægemidler) (C-649/18, EU:C:2020:764, præmis 55).

[35] – Jeg vil fremhæve, at visse anvendelser af telemedicin ligeledes kræver, at der inddrages en anden læge i den medlemsstat, hvor patienten faktisk modtager behandlingen, f.eks. inden for områderne for teleradiologi eller telekirurgi.

levering« af sundhedsydelserne sker i den medlemsstat, hvor patienten har bopæl, og disse ydelser udgør følgelig ikke »grænseoverskridende sundhedsydelser« som omhandlet i direktivets artikel 3, litra e).

66. Henset til det ovenstående foreslår jeg, at de præjudicielle spørgsmål 2.1-2.3 besvares med, at begrebet »sundhedsydelser [i] tilfælde af telemedicin« som omhandlet i artikel 3, litra d), i direktiv 2011/24 skal fortolkes således, at denne bestemmelse kun omfatter medicinske ydelser, der udelukkende gennemføres ved hjælp af IKT, og at ydelser, der leveres fysisk under samtidig tilstedeværelse af læge og patient, ikke henhører under begrebet »telemedicin« som omhandlet i denne bestemmelse, selv hvis de leveres som led i en samlet behandlingsaftale, der indebærer såvel telemedicinske ydelser som ydelser, der leveres under fysisk tilstedeværelse, uafhængigt af i hvilket omfang hver enkelt af disse ydelser udgør den overvejende del.

2. Om den retlige ordning, der finder anvendelse på »telemedicinske« ydelser i henhold til direktiv 2011/24 (spørgsmål 1.1 og 1.2)

67. Med spørgsmål 1.1 og 1.2 ønsker den forelæggende ret nærmere bestemt oplyst, dels om artikel 3, litra d), i direktiv 2011/24 har et anvendelsesområde, der er begrænset til godtgørelse af udgifter til grænseoverskridende sundhedsydelser som omhandlet i direktivets artikel 7, dels om dette direktiv fastsætter en generel regel, hvorefter telemedicinske ydelser skal være leveret i overensstemmelse med lovgivningen i den medlemsstat, hvor sundhedstjenesteyderen er etableret.

68. Det skal erindres, at formålet med disse spørgsmål hovedsageligt er at fastlægge det sted, hvor de telemedicinske ydelser »leveres«, og navnlig om artikel 3, litra d), i direktiv 2011/24, hvorefter sundhedsydelserne i tilfælde af telemedicin anses for at være leveret i den medlemsstat, hvor sundhedstjenesteyderen er etableret, kun omfatter godtgørelse af udgifter til grænseoverskridende sundhedsydelser, eller om denne bestemmelse derimod fastsætter et generelt oprindelseslandsprincip for telemedicinske ydelser. Henset til mit forslag til besvarelse af spørgsmål 2.1-2.3 skal jeg påpege, at disse spørgsmål i virkeligheden kun er relevante, for så vidt som den forelæggende ret måtte finde, at de digitale ydelser, der leveres af DZK, kan adskilles fra de fysiske ydelser, der leveres af UJ.

69. Hvad angår spørgsmålet om anvendelsesområdet for direktiv 2011/24 og om, hvorvidt det er begrænset til godtgørelse af udgifter til grænseoverskridende sundhedsydelser, finder jeg af de grunde, som jeg vil redegøre for i de følgende punkter i dette forslag til afgørelse, at spørgsmålet skal besvares benægtende. Både ottende og tiende betragtning til direktivet, direktivets opbygning samt indholdet af dets øvrige kapitler med undtagelse af kapitel III, som er det eneste, der omhandler godtgørelse af udgifter til sundhedsydelser, taler nemlig for at anerkende et bredere anvendelsesområde.

70. I denne henseende noterer jeg, at det ikke kun i forhold til bestemmelserne i kapitel III i direktiv 2011/24 med overskriften »Godtgørelse af udgifterne til grænseoverskridende sundhedsydelser« er vigtigt, at der fastlægges en »behandlingsmedlemsstat« som omhandlet i dette direktivs artikel 3, litra d). Ud over forhold vedrørende godtgørelse gør fastlæggelsen af »behandlingsmedlemsstaten« det nemlig muligt for en patient, når denne modtager grænseoverskridende (eller telemedicinske) sundhedsydelser, på forhånd at vide, hvilke regler der er gældende. Som det fremgår af bl.a. 19. betragtning til direktiv 2011/24, »[bør det] være de regler vedrørende grænseoverskridende sundhedsydelser, som er fastsat i behandlingsmedlemsstatens lovgivning, der er gældende, eftersom det er medlemsstaterne, der har ansvaret for organisation

og levering af sundhedstjenesteydelser og behandling på sundhedsområdet, jf. artikel 168, stk. 7, […] TEUF«. I direktivets kapitel II med overskriften »Medlemsstaternes ansvar i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelser« fastsættes det i artikel 4 med overskriften »Behandlingsmedlemsstatens ansvar« dels i stk. 1, at grænseoverskridende sundhedsydelser leveres i overensstemmelse med bl.a. behandlingsmedlemsstatens lovgivning samt de standarder og retningslinjer for kvalitet og sikkerhed, der er fastlagt af behandlingsmedlemsstaten, dels pålægges der en række forpligtelser [36] og ansvarsområder [37].

71. Heraf følger, at artikel 4, stk. 1, litra a) og b), i direktiv 2011/24, sammenholdt med artikel 3, litra d), heri, fastsætter en generel regel, hvorefter telemedicinske ydelser skal være leveret i overensstemmelse med lovgivningen i den medlemsstat, hvor sundhedstjenesteyderen er etableret.

72. Jeg minder i denne henseende om, det i artikel 1, stk. 1, første punktum, i direktiv 2011/24 forlyder, at direktivet forfølger det generelle mål at fastsætte regler for at lette adgangen til sikre grænseoverskridende sundhedsydelser af høj kvalitet og at fremme samarbejdet mellem medlemsstaterne om sundhedsydelser under fuld hensyntagen til de nationale beføjelser til at tilrettelægge og levere sundhedsydelser [38]. Dette generelle mål, som består i at lette adgangen til grænseoverskridende sundhedsydelser, samtidig med at medlemsstaternes beføjelser på sundhedsområdet sikres, forfølges således ikke alene ved reglerne om godtgørelse af udgifter i direktivets kapitel III, men også ved de regler om henholdsvis behandlingsmedlemsstatens og forsikringsmedlemsstatens forskellige ansvarsområder, som fremgår af direktivets kapitel II. Kapitel II er vigtigt, for så vidt som det giver retssikkerhed for læger, patienter og offentlige organer med hensyn til gældende regler (og de oplysningsforpligtelser, der følger heraf), men det har endvidere og frem for alt en grundlæggende funktion i direktivet i forhold til den mobilitet, der tilbydes patienter, ved at gøre det muligt klart at fastlægge, hvilken medlemsstat der er kompetent til at regulere en given situation. Artikel 4 og 5 i direktiv 2011/24 sikrer nemlig, således som det kræves i henhold til artikel 168, stk. 7, TEUF, at hver medlemsstats beføjelse på det sundhedspolitiske område respekteres [39].

73. Denne grundlæggende funktion med hensyn til patientmobilitet gælder ligeledes for telemedicin, for så vidt som telemedicinske ydelser i henhold til en fortolkning af direktivets artikel 3, litra d), sammenholdt med artikel 4, stk. 1, heri, reguleres af den medlemsstat, hvor sundhedstjenesteyderen er etableret, hvad angår selve tjenesteydelsen. Konkret betyder dette, at en læge, der rådgiver patienter fra andre medlemsstater via et videoopkald, i lighed med en læge, der behandler patienter fra en anden medlemsstat i sin praksis, følgelig kun skal indhente en autorisation i sin egen medlemsstat og overholde de standarder, der er fastsat i den pågældende medlemsstat. En national regel i den forsikringsmedlemsstat, hvor patienten har bopæl, som underlægger telemedicinske tjenesteydelser, der leveres af sundhedstjenesteydere fra andre medlemsstater, den pågældende forsikringsmedlemsstats nationale lovgivning, er derfor lige så uforenelig med direktivets artikel 4, stk. 1, som en national regel, der måtte have en sådan virkning for patienter, som fysisk krydser grænser.

[36] – Jf. artikel 4, stk. 2-4, og artikel 6 i direktiv 2011/24.

[37] – Jf. artikel 5 i direktiv 2011/24.

[38] – Jf. i denne henseende ligeledes 2., 4., 10. og 26. betragtning til direktiv 2011/24.

[39] – Dvs. at behandlingsmedlemsstatens beføjelse vedrører reglerne om levering af sundhedsydelser på dens område, og forsikringsmedlemsstatens beføjelse vedrører reglerne om godtgørelse af udgifter til sundhedsydelser for medlemmer tilknyttet dens sundhedssystem.

74. Det skal dog præciseres, at artikel 3, litra d), og artikel 4 i direktiv 2011/24, hvorefter telemedicinske ydelser reguleres af den medlemsstat, hvor sundhedstjenesteyderen er etableret, ikke har et normativt indhold uden for anvendelsesområdet for dette direktiv. I denne henseende skal de øvrige relevante EU-retlige regler ligeledes anvendes, herunder bl.a. direktiv 2000/31.

75. Henset til det ovenstående foreslår jeg, at de præjudicielle spørgsmål 1.1 og 1.2 besvares med, at det normative indhold af direktiv 2011/24 ikke er begrænset til bestemmelserne om godtgørelse af udgifterne til grænseoverskridende sundhedsydelser i direktivets kapitel III, men omfatter også de regler om henholdsvis behandlingsmedlemsstatens og forsikringsmedlemsstatens forskellige ansvarsområder i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelser, som er fastsat i direktivets kapitel II, således at betegnelsen »behandlingsmedlemsstat« for så vidt angår »sundhedsydelser«, der skal betragtes som »telemedicin« som omhandlet i direktivets artikel 3, litra d), med hensyn til denne type sundhedsydelser har en betydning, der ikke er begrænset til godtgørelse af udgifterne til grænseoverskridende sundhedsydelser i henhold til bl.a. direktivets artikel 7, stk. 7, men også vedrører den lovgivning samt de standarder og retningslinjer for kvalitet og sikkerhed, der gælder for denne type sundhedsydelser, i medfør af artikel 4, stk. 1, i direktiv 2011/24.

3. Om den retlige ordning, der finder anvendelse på »telemedicinske« ydelser i henhold til direktiv 2000/31 (spørgsmål 1.3)

76. Med spørgsmål 1.3 ønsker den forelæggende ret nærmere bestemt oplyst, om direktiv 2000/31 i lighed med direktiv 2011/24 fastsætter en regel, hvorefter telemedicinske ydelser skal være leveret i overensstemmelse med lovgivningen i den medlemsstat, hvor sundhedstjenesteyderen er etableret.

77. I første række vil jeg anføre, at direktiv 2000/31, selv om det blev vedtaget før direktiv 2011/24, kan anvendes kumulativt med dette. Det fastsættes nemlig i sidstnævnte direktivs artikel 2, litra e), at direktivet ikke berører direktiv 2000/31 [40].

78. I anden række skal det efterprøves, om »telemedicinske« ydelser kan være omfattet af anvendelsesområdet for direktiv 2000/31. Dette synes efter min opfattelse faktisk at være tilfældet. I dette direktivs artikel 2, litra a), defineres en »informationssamfundstjeneste« nemlig under henvisning til andre retsakter [41] som værende »enhver tjeneste, der normalt ydes mod betaling, og som *teleformidles* ad elektronisk vej på individuel anmodning fra en tjenestemodtager«, og det præciseres i samme definition, at »[m]ed henblik på denne definition *forstås ved: [...] »teleformidling«: at en tjeneste ydes, uden at parterne er til stede samtidig*« [42]. Desuden fremgår det af 18. betragtning til det nævnte direktiv, at »aktiviteter, der *ifølge deres natur* ikke kan udføres på afstand og ved hjælp af elektroniske midler såsom [...] *lægelige vurderinger, der kræver fysisk undersøgelse af patienten*, [ikke] er [...] informationssamfundstjenester« [43]. Heraf følger, at telemedicinske ydelser, forudsat at de ydes mod betaling og *teleformidles* ad elektronisk vej på individuel anmodning fra en patient, kan falde ind under »informationssamfundstjenester«. Ligesom ved definitionen af begrebet »telemedicin« i direktiv 2011/24 falder enhver ydelse, som indebærer fysisk undersøgelse af patienten, imidlertid

[40] – Jf. ligeledes kapitel 3, litra d), i den begrundelse, der ledsager det forslag, som ligger til grund for direktiv 2011/24 (KOM(2008) 414 endelig, s. 6).

[41] – Jf. artikel 1, stk. 2, i direktiv 98/34, som ændret ved direktiv 98/48.

[42] – Min fremhævelse.

[43] – Min fremhævelse.

ifølge selve sin natur ikke ind under sådanne tjenester. Domstolen har nemlig, idet den støttede sig på nævnte 18. betragtning, fastslået, at aktiviteter, der ifølge deres natur ikke kan udføres på afstand og ved hjælp af elektroniske midler, såsom lægelige vurderinger, der kræver fysisk undersøgelse af patienten, ikke er informationssamfundstjenester og dermed ikke er omfattet af dette direktiv, og at kravet om en sådan vurdering, i tilfælde af at en lægelig vurdering, der kræver fysisk undersøgelse af kunden, er uadskilleligt forbundet med salget af kontaktlinser, som i princippet er omfattet af anvendelsesområdet for direktiv 2000/31, vil have til følge, at dette salg i sidste ende ikke vil falde ind under nævnte direktivs anvendelsesområde [44]. Den omstændighed, at telemedicin ikke er et af de områder, der er nævnt i bilaget til direktiv 2000/31, og som oprindelseslandsprincippet i henhold til artikel 3, stk. 3, heri, ikke finder anvendelse på, bekræfter desuden konstateringen af, at ydelser, der leveres, som fjernydelser ved hjælp af telemedicin, udgør informationssamfundstjenester [45].

79. Efter denne bekræftelse af, at direktiv 2000/31 finder anvendelse på telemedicinske ydelser, opstår nu i tredje række spørgsmålet om, hvorvidt dette direktiv fastsætter en generel regel, hvorefter sådanne ydelser skal være leveret i overensstemmelse med lovgivningen i den medlemsstat, hvor sundhedstjenesteyderen er etableret, i det foreliggende tilfælde Tyskland.

80. Jeg noterer indledningsvis, at direktiv 2000/31 i henhold til direktivets artikel 1, stk. 1, »har til formål at bidrage til et velfungerende indre marked ved at sikre fri bevægelighed for informationssamfundstjenester mellem medlemsstaterne«. I denne forbindelse følger det af direktivets artikel 3, stk. 1, at hver medlemsstat påser, at de informationssamfundstjenester, som leveres af en tjenesteyder etableret på medlemsstatens territorium, er i overensstemmelse med de nationale bestemmelser, der finder anvendelse i denne medlemsstat inden for det »koordinerede område«. I det nævnte direktivs artikel 2, litra h), defineres dette område som omfattende de krav, der i medlemsstaternes retssystemer er fastsat for leverandører af informationssamfundstjenester eller for informationssamfundstjenester, uanset om de er generelle eller specifikt fastsat for disse [46]. Heraf følger, at de digitale ydelser, der i den foreliggende sag leveres af DZK, således reguleres af den tyske lovgivning, idet Tyskland er den medlemsstat, der er omfattet af det »koordinerede område«. Det er nemlig ubestridt, at DZK har en autorisation og de øvrige tilladelser, der er nødvendige for at drive en tandlægeklinik i Tyskland.

81. Endelig gør jeg i fjerde række opmærksom på, at selv om dette ikke udtrykkeligt er nævnt i spørgsmål 1.3, følger det af artikel 3, stk. 2, i direktiv 2000/31, at »[m]edlemsstaterne [...] ikke af grunde, der henhører under det koordinerede område, [må] begrænse adgangen til at levere informationssamfundstjenester fra en anden medlemsstat«. Dette direktiv hviler nemlig på anvendelsen af princippet om hjemlandstilsyn og princippet om gensidig anerkendelse, således at informationssamfundstjenester inden for rammerne af det koordinerede område, der er defineret i direktivets artikel 2, litra h), kun er reguleret i den medlemsstat, på hvis område leverandørerne af disse tjenester er etableret [47]. Det påhviler følgelig hver enkelt medlemsstat som oprindelsesmedlemsstat for informationssamfundstjenester at regulere disse tjenester og i denne

[44] – Jf. dom af 2.12.2010, Ker-Optika (C-108/09, EU:C:2010:725, præmis 33 og 34).

[45] – Dette bekræftes af 57. betragtning til direktiv 2011/24, hvoraf fremgår, at interoperabilitet mellem e-sundhedsløsninger (e-Health) skal sikres, samtidig med at nationale bestemmelser om levering af sundhedsydelser, der er indført for at beskytte patienten, respekteres, jf. direktiv 2000/31.

[46] – Dette område vedrører krav, som tjenesteyderen skal opfylde, når den pågældende påbegynder aktivitet som leverandør af informationssamfundstjenester, f.eks. krav til kvalifikationer, tilladelse og underretningsordninger, og når vedkommende udøver aktivitet som leverandør af informationssamfundstjenester, f.eks. krav til tjenesteyderens adfærd, krav til kvaliteten eller indholdet af tjeneste. Jf. i denne retning dom af 30.5.2024, Google Ireland og Eg Vacation Rentals Ireland (C-664/22 og C-666/22, herefter »Google Ireland-dommen«, EU:C:2024:434, præmis 57 og den deri nævnte retspraksis).

[47] – Jf. i denne retning Google Ireland-dommen (præmis 58 og den deri nævnte retspraksis).

henseende beskytte de mål af almen interesse, der er nævnt i samme direktivs artikel 3, stk. 4, litra a), nr. i). Endvidere tilkommer det i medfør af princippet om gensidig anerkendelse hver enkelt medlemsstat som bestemmelsesmedlemsstat for informationssamfundstjenester ikke at begrænse den frie bevægelighed for sådanne tjenester ved at kræve overholdelse af yderligere forpligtelser, der måtte være omfattet af det koordinerede område, og som den pågældende medlemsstat måtte have vedtaget.

82. Følgelig er artikel 3 i direktiv 2000/31 – medmindre andet fremgår af de undtagelser, der i henhold til betingelserne i denne bestemmelses stk. 4 er tilladt – til hinder for, at en leverandør af en informationssamfundstjeneste, der måtte ønske at levere en sådan tjeneste i en anden medlemsstat end den, på hvis område vedkommende er etableret, undergives krav, der henhører under det koordinerede område, og som denne anden medlemsstat måtte pålægge.

83. Det er i det foreliggende tilfælde ubestridt, at de østrigske foranstaltninger, der er omhandlet i hovedsagen, ikke tillader DZK at drive virksomhed lovligt i Østrig, for så vidt som der i henhold til disse foranstaltninger under strafansvar kræves overholdelse af de i punkt 20 i dette forslag til afgørelse nævnte forpligtelser.

84. Det skal følgelig efterprøves, om nationale foranstaltninger såsom de i punkt 20 i dette forslag til afgørelse nævnte opfylder betingelserne i artikel 3, stk. 4, i direktiv 2000/31.

85. I denne henseende følger det for det første af dette direktivs artikel 3, stk. 4, litra a), at den pågældende foranstaltning skal være nødvendig for at sikre ufravigelige retsgrundsætninger, beskyttelse af folkesundheden, den offentlige sikkerhed eller beskyttelse af forbrugere, skal træffes over for en informationssamfundstjeneste, som faktisk krænker disse mål, eller som udgør en alvorlig og tungtvejende risiko for en krænkelse af disse mål, og endelig skal stå i et rimeligt forhold til disse mål. Følgelig kan kun foranstaltninger »vedrørende en bestemt informationssamfundstjeneste« falde ind under den nævnte bestemmelse. Domstolen har i denne forbindelse fastslået, at bestemmelsen skal fortolkes således, at *generelle og abstrakte foranstaltninger* vedrørende en kategori af bestemte informationssamfundstjenester, der er beskrevet i generelle vendinger, og som finder anvendelse uden forskel på enhver tjenesteyder i denne kategori af tjenester, ikke er omfattet af begrebet »foranstaltninger vedrørende en bestemt informationssamfundstjeneste« i samme bestemmelses forstand [48]. Jeg vil desuden anføre, at det nævnte direktivs artikel 3, stk. 4, litra a), som en undtagelse til princippet om hjemlandstilsyn skal fortolkes strengt. Denne undtagelse kan derfor ikke anvendes på foranstaltninger, der højst kan have en indirekte sammenhæng med et af de mål, der er omhandlet i denne bestemmelse [49].

86. Det påhviler i det foreliggende tilfælde den forelæggende ret at vurdere, om betingelsen om, at en udbyder af tandlægeydelser skal udføre de ydelser, som vedkommende leverer, direkte og personligt, berører den tyske udbyder DZK, og om denne betingelse skal være begrundet. Det er i den foreliggende sag min opfattelse, at de østrigske foranstaltninger, der er omhandlet i hovedsagen, har en generel og abstrakt rækkevidde, således at de ikke kan kvalificeres som »foranstaltninger vedrørende en bestemt informationssamfundstjeneste« som omhandlet i samme direktivs artikel 3, stk. 4, litra a).

[48] – Jf. i denne retning Google Ireland-dommen (præmis 73 og den deri nævnte retspraksis).

[49] – Jf. Google Ireland-dommen (præmis 86 og den deri nævnte retspraksis).

87. For det andet skal den pågældende medlemsstat, inden den træffer de pågældende foranstaltninger, i medfør af artikel 3, stk. 4, litra b), andet led, i direktiv 2000/31 have meddelt Kommissionen og den medlemsstat, på hvis territorium den pågældende tjenesteyder er etableret, at den har til hensigt at træffe sådanne restriktive foranstaltninger. Det tilkommer den forelæggende ret at efterprøve, om en sådan meddelelse faktisk har fundet sted.

88. Henset til det ovenstående foreslår jeg, at det præjudicielle spørgsmål 1.3 besvares med, at telemedicinske ydelser kan henhøre under begrebet »informationssamfundstjenester« og følgelig være omfattet af anvendelsesområdet for direktiv 2000/31, hvilket i henhold til dette direktivs artikel 3, stk. 1 og 2, navnlig indebærer dels, at det påhviler hver enkelt medlemsstat som oprindelsesmedlemsstat for informationssamfundstjenester at regulere disse tjenester og i denne henseende beskytte de mål af almen interesse, der er nævnt i direktivets artikel 3, stk. 4, litra a), nr. i), dels at det i henhold til princippet om gensidig anerkendelse tilkommer hver enkelt medlemsstat som bestemmelsesmedlemsstat for informationssamfundstjenester ikke at begrænse den frie bevægelighed for sådanne tjenester ved at kræve overholdelse af yderligere forpligtelser, der måtte være omfattet af det koordinerede område, og som den pågældende medlemsstat måtte have vedtaget.

4. Hvorvidt direktiv 2005/36 finder anvendelse på »telemedicinske« ydelser (spørgsmål 3.1 og 3.2)

89. Med spørgsmål 3.1 og 3.2 ønsker den forelæggende ret nærmere bestemt oplyst dels, om artikel 2, litra n), artikel 3, litra d), og artikel 4, stk. 1, litra a), i direktiv 2011/24, sammenholdt med artikel 5, stk. 3, i direktiv 2005/36, forpligter en sundhedstjenesteyder, der er etableret i en medlemsstat, til i tilfælde af »telemedicinske ydelser« i en anden medlemsstat at overholde de i sidstnævnte medlemsstat gældende nationale faglige, fagretlige eller administrative adfærdsregler, dels om en sådan sundhedstjenesteyder »flytter« til en anden medlemsstat som omhandlet i den nævnte artikel 5, stk. 3, i direktiv 2005/36, når vedkommende alene leverer medicinske ydelser ved hjælp af IKT, eller hvis vedkommende lader medhjælpere ved udførelsen foretage fysiske undersøgelser eller behandlinger i patientens bopælsmedlemsstat.

90. Med disse to spørgsmål, som jeg foreslår at behandle samlet, ønsker den forelæggende ret nærmere bestemt i alt væsentligt oplyst, om artikel 5, stk. 3, i direktiv 2005/36 finder anvendelse på »telemedicinske« ydelser, der leveres af en sundhedstjenesteyder, som er etableret i en anden medlemsstat som omhandlet i direktiv 2011/24.

91. Selv om sidstnævnte direktiv i medfør af artikel 2, litra n), heri ikke berører direktiv 2005/36, er jeg af den opfattelse, at dette spørgsmål skal besvares benægtende.

92. Jeg minder nemlig i første række om, at det følger af artikel 5, stk. 3, i direktiv 2005/36, at en tjenesteyder, der flytter fra sin etableringsmedlemsstat – dvs. den medlemsstat, hvor denne er lovligt etableret med henblik på at udøve et erhverv i en anden medlemsstat, nemlig værtsmedlemsstaten[50], i sidstnævnte medlemsstat er underlagt de faglige, fagretlige eller administrative adfærdsregler, der er direkte knyttet til erhvervsmæssige kvalifikationer, samt disciplinærbestemmelser, som gælder i værtsmedlemsstaten for personer, som dér udøver samme

[50] – Det fremgår af artikel 1 i direktiv 2005/36, at »værtsmedlemsstaten« er den stat, der på sit område kræver bestemte erhvervsmæssige kvalifikationer for adgang til eller udøvelse af et lovreguleret erhverv, og hvori en person, som i en anden medlemsstat har opnået de krævede erhvervsmæssige kvalifikationer, ønsker at udøve dette lovregulerede erhverv.

erhverv[51]. Denne bestemmelse finder i henhold til direktivets artikel 5, stk. 2, kun anvendelse i tilfælde, hvor tjenesteyderen flytter til værtsmedlemsstatens område for midlertidigt og lejlighedsvis at udøve sit erhverv.

93. I forbindelse med en grænseoverskridende telemedicinsk ydelse flytter tjenesteyderen imidlertid, således som det fremgår af den analyse, der fremgår af de foregående punkter i dette forslag til afgørelse, ikke til en anden medlemsstat, men yder tjenesten fra sin egen medlemsstat. Domstolen har imidlertid fastslået, at det, for at der kan være tale om en »flytning« som omhandlet i disse bestemmelser, er absolut nødvendigt, at der fysisk er blevet krydset en grænse[52]. I X-Steuerberatungsgesellschaft-dommen fastslog Domstolen nemlig, at en tjenesteydelse, som udføres inden for rammerne af et erhverv, som er reguleret i værtsmedlemsstaten, og som udføres, uden at de personer, der handler på selskabets vegne, fysisk har foretaget en overskridelse af en grænse, ikke henhører under artikel 5 i direktiv 2005/36. I den nævnte dom fandt Domstolen, at ydelserne leveret af X, der er et selskab, som fra Nederlandene ydede forretningsmæssig bistand i skattesager til kunder i Tyskland, uden at nogle af de personer, der handlede i selskabets navn, rejste til Tyskland, ikke opfyldte betingelsen om »flytning« i direktivets artikel 5, stk. 2, for så vidt som leveringen af tjenesteydelsen ikke indebar, at tjenesteyderen eller personer, som handlede i dennes navn, »fysisk krydsede« grænsen til værtsmedlemsstatens, dvs. Tysklands, område[53].

94. Jeg er følgelig af den opfattelse, at »telemedicinske« ydelser ikke henhører under artikel 5 i direktiv 2005/36. I det foreliggende tilfælde betyder denne konklusion konkret, at de relevante bestemmelser i lov om tandlæger[54] ikke kan gøres gældende over for en tandklinik, der er etableret i Tyskland, og som leverer grænseoverskridende sundhedsydelser i Østrig ved hjælp af telemedicin. Som det fremgår af ovenstående analyse, afgøres spørgsmålet om, hvilken lovgivning der finder anvendelse på tjenesteydelsen, alene af artikel 3, litra d), i direktiv 2011/24, sammenholdt med artikel 4, stk. 1, heri, og der er således tale om lovgivningen i den medlemsstat, hvor tjenesteyderen er etableret.

95. I anden række er jeg af den opfattelse, at denne konklusion ikke afkræftes af det af ÖZ, Republikken Østrig og Nederlandene fremførte argument, hvorefter tjenesteydelser, der udføres ad elektronisk vej, ligeledes i det væsentlige skal anses for at opfylde betingelsen om »flytning«, navnlig med den begrundelse, at beskyttelse af patienter bør fremme en mere fleksibel tilgang. Jeg skal nemlig for det første fremhæve, at en sådan teleologisk fortolkning ville være i strid med betydningen af udtrykket »flytning«, som indebærer en »fysisk« (og ikke »virtuel«) flytning af »tjenesteyderen« (og ikke af »tjenesteydelsen«). Samme klare og utvetydige betydning fremgår nemlig af de forskellige sprogversioner af artikel 5, stk. 2 og 3, i direktiv 2005/36 samt af femte betragtning hertil[55]. For det andet er generelle betragtninger med hensyn til beskyttelse af patienter og forbrugere efter min opfattelse ikke tilstrækkelige til at begrunde en så bred fortolkning, der på det nærmeste ville være contra legem. Det skal erindres, at i

[51] – Jf. dom af 12.9.2013, Konstantinides (C-475/11, EU:C:2013:542, præmis 39 og 40). Domstolen fastslog, at »det alene er adfærdsregler, som har direkte sammenhæng med udøvelsen af lægekunsten, og hvis manglende overholdelse griber ind i beskyttelsen af patienten, der er dækket af direktivets artikel 5, stk. 3[, i direktiv 2005/36.] [H]verken reglerne om beregning af honorarer eller den bestemmelse, der forbyder læger enhver reklame i strid med den faglige etik, […] udgør adfærdsregler, som er direkte og specifikt knyttet til erhvervsmæssige kvalifikationer vedrørende adgangen til det pågældende lovregulerede erhverv […]«.

[52] – Jf. generaladvokat Szpunars forslag til afgørelse AIRBNB Ireland (C-390/18, EU:C:2019:336, punkt 102 og 103 og den deri nævnte retspraksis).

[53] – Jf. X-Steuerberatungsgesellschaft-dommen (præmis 24, 34, 35 og 55).

[54] – Jf. §§ 24, 26 og 31 i lov om tandlæger.

[55] – Eksempelvis er dette for så vidt angår disse to bestemmelser tilfældet for sprogversionerne på tysk (»sich begeben«), på græsk (»μετακίνηση«), på spansk (»desplazamiento«), på italiensk (»spostamento«), på nederlandsk (»begeeft«), på portugisisk (»deslocação«), på rumænsk (»deplasează«) og på engelsk (»move«).

X-Steuerberatungsgesellschaft-dommen havde den forelæggende ret fremhævet de skader, som de skattepligtige risikerede at lide, når de blev rådgivet af personer, der ikke havde de nødvendige professionelle eller personlige kvalifikationer [56]. Dette forhindrede imidlertid ikke Domstolen i at fortolke artikel 5, stk. 3, i direktiv 2005/36 efter denne bestemmelses ordlyd og kræve, at der fysisk var blevet krydset en grænse, for at bestemmelsen kunne finde anvendelse. For det tredje konstaterer jeg, ligeledes i denne henseende, at medicinske standarder og metoder er langt mindre forskellige mellem medlemsstaterne end nationale skatteretlige regler, som ofte er både komplekse og undergivet stadige ændringer. Endvidere må det konstateres, at tandlægeerhvervet til forskel fra skatterådgivning i vid udstrækning er harmoniseret, idet artikel 34 ff. i direktiv 2005/36 fastsætter minimumskrav med hensyn til både den grundlæggende tandlægeuddannelse og specialtandlægeuddannelsen. Disse bestemmelser er til hinder for, at en person, der ikke er i besiddelse af et uddannelsesbevis for den grundlæggende tandlægeuddannelse, kan udøve dette erhverv [57]. Det følger af det anførte, at tandlæger, der er etableret i andre medlemsstater, i enhver henseende må antages at frembyde garantier svarende til dem, der ydes af tandlæger, der er etableret på det nationale territorium, for så vidt angår den frie udveksling af tjenesteydelser [58].

96. Endelig og i tredje række kan der ligeledes ikke ændres ved den konklusion, som jeg foreslår i punkt 94 i dette forslag til afgørelse, såfremt den forelæggende ret måtte finde, at DZK også var leverandøren af de fysiske sundhedsydelser. Det forekommer mig imidlertid en smule kunstigt at lægge til grund, at en sundhedsydelse, der leveres fysisk af én sundhedsprofessionel i den medlemsstat, hvor vedkommende er etableret, i det foreliggende tilfælde UJ, i virkeligheden leveres af en anden sundhedsprofessionel, der er etableret i en anden medlemsstat, i det foreliggende tilfælde DZK, alene på grund af det kontraktmæssige forhold, der består mellem disse to sundhedsprofessionelle, og følgelig konkludere, at det er den anden sundhedsprofessionelle, der er flyttet for fysisk at levere den pågældende ydelse. At lade spørgsmålet om, hvorvidt værtsmedlemsstatens faglige adfærdsregler finder anvendelse, afhænge af, hvorvidt en person, der i den pågældende medlemsstat leverer sundhedsydelser, kan kvalificeres som »medhjælper ved udførelsen«, vil nemlig efter min opfattelse ikke bidrage til at forfølge det formål, der er omhandlet i bl.a. fjerde betragtning til direktiv 2005/36, dvs. at »lette den frie udveksling af tjenesteydelser«. I denne henseende kan det på baggrund af X-Steuerberatungsgesellschaft-dommen, selv hvis UJ handler i DZK's navn, ikke lægges til grund, at hun i dette øjemed er flyttet til en anden medlemsstat end den, hvor hun er etableret. Det ville muligvis forholde sig anderledes, hvis DZK til den aftalte tid med henblik på en lægelig vurdering havde sendt en tandlæge fra Tyskland, hvilket ikke er tilfældet.

97. Henset til det ovenstående foreslår jeg, at de præjudicielle spørgsmål 3.1 og 3.2 besvares med, at artikel 2, litra n), artikel 3, litra d), og artikel 4, litra a), i direktiv 2011/24, sammenholdt med artikel 5, stk. 3, i direktiv 2005/36, er til hinder for, at nationale faglige adfærdsregler anvendes på en leverandør af telemedicinske sundhedsydelser, der er etableret i en anden medlemsstat. Dette sidstnævnte direktivs artikel 5, stk. 3, skal fortolkes således, at en sundhedstjenesteyder ikke flytter til en anden medlemsstat, når vedkommende alene leverer medicinske ydelser ved hjælp af informations- og kommunikationsteknologier, uanset om tredjeparter leverer supplerende sundhedsydelser direkte i forsikringsmedlemsstaten.

[56] – Jf. X-Steuerberatungsgesellschaft-dommen (præmis 30).

[57] – Jf. dom af 19.9.2013, Conseil national de l'ordre des médecins (C-492/12, EU:C:2013:576, præmis 41).

[58] – Jf. Kohll-dommen (præmis 48).

5. Hvorvidt den østrigske lovgivning er forenelig med de frie bevægeligheder, der er sikret ved EUF-traktaten (spørgsmål 4)

98. Med spørgsmål 4 ønsker den forelæggende ret nærmere bestemt oplyst, om de frie bevægeligheder, der er sikret ved den primære EU-ret, er til hinder for en lovgivning i en medlemsstat, som primært fastsætter en direkte og personlig udøvelse af tandlægefaget og kun fastsætter en »foreløbig« adgang for EØS-statsborgere til at udøve dette fag i den pågældende medlemsstat.

99. Jeg gør indledningsvis opmærksom på, at spørgsmålet om, hvorvidt bestemmelserne i den omhandlede østrigske lov om tandlæger kan være i strid med den frie udveksling af tjenesteydelser, kun opstår i den foreliggende sag, hvis der foreligger en grænseoverskridende del. Imidlertid skal der i denne forbindelse sondres mellem to situationer.

100. Det skal nemlig på den ene side hvad angår de »telemedicinske« ydelser, som DZK [59] leverer i Østrig fra Tyskland, faktisk lægges til grund, at der foreligger en grænseoverskridende del. Bestemmelserne i lov om tandlæger er imidlertid ikke relevante, eftersom det, således som det fremgår af den besvarelse, som jeg foreslår at give af de ovenfor behandlede spørgsmål, både i henhold til direktiv 2011/24 og i henhold til direktiv 2000/31 alene er den tyske lovgivning, der finder anvendelse på disse ydelser. Følgelig finder den østrigske lovgivning ikke anvendelse, og spørgsmålet om dennes forenelighed med artikel 56 TEUF opstår ikke, idet kravene i lov om tandlæger ikke kan gøres gældende over for DZK.

101. Hvad på den anden side angår de fysiske ydelser, som UJ udfører, er det mere usikkert, om der foreligger en grænseoverskridende del, for så vidt som en østrigsk tandlæge, i Østrig, undersøger en patient, der antages at være østrigsk. Ved første øjekast vedrører denne situation således et rent nationalt anliggende, der ikke omfatter en grænseoverskridende del, og de grundlæggende frihedsrettigheder, navnlig den frie udveksling af tjenesteydelser i henhold til artikel 56 TEUF, er derfor ikke relevante. Den forelæggende ret synes ikke desto mindre at tilskrive DZK hele den østrigske læges aktivitet, for så vidt som den nævnte ret tager udgangspunkt i, at UJ handler »som medhjælper ved udførelsen« i DZK's navn, således at den fysiske undersøgelse i Østrig bør anses for at være blevet udført af DZK. Den forelæggende rets spørgsmål synes nemlig efter sin ordlyd at sidestille en juridisk person, DZK, med en »udenlandsk tandlæge«, hvilket er en retlig fiktion, som utvivlsomt rejser en række spørgsmål. Den følgende analyse er støttet på den forudsætning, som den forelæggende ret – der, som tidligere nævnt, alene er kompetent til at vurdere de faktiske omstændigheder i sagen [60] – har opstillet, hvorefter UJ udelukkende handler som DZK's »forlængede arm«, og hvorefter bestemmelserne i lov om tandlæger i en sådan situation finder anvendelse på DZK.

102. I denne forbindelse er det alene de bestemmelser i lov om tandlæger, der kan påvirke de fysiske ydelser, som DZK leverer gennem UJ, der logisk set er omhandlet. Det må imidlertid konstateres, at § 31 i lov om tandlæger, som regulerer den »frie udveksling af tjenesteydelser«, og som udelukkende omhandler fysiske personer med autorisation til at levere odontologiske ydelser [61], ikke, end ikke indirekte, kan finde anvendelse på en juridisk person som DZK, idet denne ikke har anført muligheden for i forbindelse med fysiske ydelser i Østrig at gøre brug af samarbejdspartnere, som udøver dette erhverv lovligt i andre medlemsstater end Republikken

[59] – Jf. punkt 26 i dette forslag til afgørelse.

[60] – Jf. i denne retning dom af 8.9.2010, Stoß m.fl. (C-316/07, C-358/07 – C-360/07, C-409/07 og C-410/07, EU:C:2010:504, præmis 62-64 og den deri nævnte retspraksis).

[61] – Jf. punkt 21 og 22 i dette forslag til afgørelse.

Østrig. Endvidere synes de krav i denne lovs § 24, hvorefter tandlægen skal udøve sit erhverv personligt og direkte, ligeledes udelukkende at vedrøre fysiske personer. Desuden er denne betingelse i virkeligheden opfyldt, for så vidt som det er ubestridt, at UJ udfører de fysiske ydelser »personligt og direkte«, selv om det sker i DZK's navn. Det fremgår følgelig, at den eneste bestemmelse i lov om tandlæger, der eventuelt kan påvirke de fysiske ydelser, som UJ udfører i DZK's navn i Østrig, er bestemmelsen i § 26, stk. 3, nr. 1), i lov om tandlæger, som vedrører sammensætningen af »gruppepraksisser«, herunder navnlig kravet om, at alle selskabsdeltagere i sådanne praksisser er udøvere af tandlægefaget, der er autoriserede til selvstændig udøvelse af faget. Selv om selskabsdeltagerne i DZK er autoriserede til lovligt at drive en tandklinik i Tyskland, er de nemlig ikke af den grund tandlæger. Sidstnævnte regel skal derfor undersøges i lyset af bestemmelserne om fri bevægelighed [62].

103. I denne henseende er jeg i første række af den opfattelse, at det tilkommer den forelæggende ret at efterprøve, om DZK's aktivitet i forbindelse med dette selskabs samarbejde med UJ fører til, at DZK skal anses for at være »etableret« i Østrig, hvilket kræver, at der foretages en analyse på baggrund af artikel 49 TEUF [63]. Hvis DZK ikke er etableret i Østrig, bør dette selskab derimod anses for at være en grænseoverskridende tjenesteyder, der er omfattet af princippet om fri udveksling af tjenesteydelser, og i så fald kan bestemmelserne i lov om tandlæger af de grunde, som er anført i punkt 100 i dette forslag til afgørelse, ikke gøres gældende over for DZK.

104. Såfremt den forelæggende ret efter at have undersøgt alle de relevante omstændigheder måtte finde, at DZK gør brug af UJ for på en stabil og vedvarende måde at integrere sig i det østrigske erhvervsliv, og at dette selskab derfor skal anses for at være etableret i Østrig, skal det i anden række undersøges, om etableringsfriheden som fastsat i artikel 49 TEUF er til hinder for regler såsom reglerne i lov om tandlæger, der kræver, at selskabsdeltagerne i »gruppepraksisser« er udøvere af tandlægefaget, der er autoriserede til selvstændig udøvelse af faget.

105. Jeg vil på baggrund af det ovenstående foreslå, at det præjudicielle spørgsmål omformuleres på følgende måde: »Er etableringsfriheden som fastsat i artikel 49 TEUF til hinder for bestemmelserne i en lovgivning i en medlemsstat, som navnlig kræver, at »gruppepraksisser«, inden for rammerne af hvilke tandlæger kan udøve deres fag, driver virksomhed i formen selskab med begrænset ansvar med krav om, at alle selskabsdeltagerne er udøvere af tandlægefaget, der er autoriserede til selvstændig udøvelse af faget, når en tandklinik – permanent – leverer fysiske ydelser i en anden medlemsstat end den, hvor klinikken har autorisation, gennem en i førstnævnte medlemsstat autoriseret tandlæge som medhjælper ved udførelsen?«

[62] – Jf. dom af 21.9.2017, Malta Dental Technologists Association og Reynaud (C-125/16, herefter »Malta Dental«, EU:C:2017:707, præmis 54 og den deri nævnte retspraksis).

[63] – Jf. i denne henseende dom af 2.9.2021, Institut des Experts en Automobiles (C-502/20, EU:C:2021:678, præmis 32-34 og den deri nævnte retspraksis). I det foreliggende tilfælde taler følgende forhold imod, at DZK er uafbrudt og varigt integreret i erhvervslivet i Østrig: den omstændighed, at UJ såvel retligt som faktisk i vidt omfang handler selvstændigt i forholdet til sine patienter, den omstændighed, at UJ, således som dette blev bekræftet i retsmødet, kun stiller begrænsede arbejdstimer til rådighed for DZK, og endelig den omstændighed, at den ydelse, som UJ leverer i forbindelse med samarbejdet med DZK, er genstand for særskilt afregning. På samme måde forekommer det mig særlig væsentligt at fremhæve den omstændighed, at UJ ikke modtager instruktioner i forbindelse med den konkrete udøvelse af tandlægevirksomheden, og at UJ yder behandling på grundlag af sin egen viden. Dette gælder såvel for undersøgelserne som for de anbefalinger, der vedrører tandreguleringsproceduren ved hjælp af tandskinner. Der skal i denne henseende foretages en undersøgelse af UJ's afregningsordning for så vidt angår de tilfælde, hvor der gives en negativ udtalelse vedrørende en sådan tandreguleringsprocedure.

106. Det følger i så henseende bl.a. af § 26, stk. 3, nr. 1), i lov om tandlæger, at DZK ikke kan drive virksomhed i Østrig, selv gennem UJ som »medhjælper ved udførelsen«, for så vidt som lov om tandlæger synes at udelukke, at tandlægeydelser kan leveres af en virksomhed, hvis selskabsdeltagere ikke alle er tandlæger, selv hvis tjenesteydelsen på stedet udføres af en »lokal« befuldmægtiget.

107. Jeg minder i denne forbindelse om, at artikel 49 TEUF påbyder ophævelse af restriktioner for etableringsfriheden. EUF-traktatens bestemmelser om etableringsfriheden skal ifølge deres ordlyd sikre national behandling i værtsmedlemsstaten. Endvidere er artikel 49 TEUF ifølge Domstolens faste praksis til hinder for enhver national foranstaltning, som ganske vist måtte finde anvendelse uden forskel på grundlag af nationalitet, men som kan gøre det vanskeligere eller mindre attraktivt for unionsborgerne at udøve den i traktaten sikrede etableringsfrihed [64]. En sådan restriktion består navnlig i en lovgivning, der kræver, at en erhvervsdrivende fra en anden medlemsstat for at etablere sig i værtsmedlemsstaten forudgående indhenter en autorisation, og som forbeholder udøvelsen af en uafhængig aktivitet for bestemte erhvervsdrivende [65]. Dette synes nemlig at være tilfældet hvad angår de krav, der er forbundet med sammensætningen af »gruppepraksisser«, og som er fastsat i lov om tandlæger. Følgelig kan en national lovgivning såsom den i hovedsagen omhandlede udgøre en restriktion for etableringsfriheden som omhandlet i artikel 49 TEUF.

108. Restriktioner for etableringsfriheden, som finder anvendelse uden forskelsbehandling på grundlag af nationalitet, kan ikke desto mindre accepteres, såfremt de er begrundede i tvingende almene hensyn, såfremt de er egnede til at sikre, at det tilstræbte formål nås, og såfremt de ikke går ud over, hvad der er nødvendigt med henblik på at nå dette mål [66]. Da forelæggelsesafgørelsen ikke indeholder tilstrækkeligt understøttede oplysninger vedrørende dette aspekt, tilkommer det den forelæggende ret i givet fald at foretage en udførlig vurdering på baggrund af de forklaringer, som Republikken Østrig har afgivet.

109. Det er imidlertid tænkeligt, at den betingelse, der kræves i henhold til lov om tandlæger, har til formål at garantere sikkerheden for modtagerne af medicinske ydelser. Jeg gør i denne forbindelse opmærksom på, at Domstolen har fastslået, at kravet om en henvisning fra en praktiserende tandlæge [67] med henblik på behandlingen af en patient, hvortil en tandtekniker yder sine tjenester, har til formål at sikre beskyttelsen af den offentlige sundhed, hvilket udgør et tvingende alment hensyn, der kan begrunde en restriktion for etableringsfriheden [68]. Med hensyn til, hvorvidt en sådan forpligtelse er forholdsmæssig, har Domstolen fastslået, at kravet om henvisning fra en praktiserende tandlæge er egnet til at opnå formålet om beskyttelse af den offentlige sundhed og ikke går videre end nødvendigt med henblik herpå [69].

[64] – Jf. dom af 21.6.2012, Susisalo m.fl. (C-84/11, EU:C:2012:374, præmis 31 og den deri nævnte retspraksis).

[65] – Jf. dom af 19.5.2009, Apothekerkammer des Saarlandes m.fl. (C-171/07 og C-172/07, EU:C:2009:316, præmis 22-24 og den deri nævnte retspraksis). Jf. ligeledes i forbindelse med den frie udveksling af tjenesteydelser Kohll-dommen (præmis 35 og den deri nævnte retspraksis).

[66] – Jf. Malta Dental-dommen (præmis 56 og den deri nævnte retspraksis) og dom af 19.5.2009, Apothekerkammer des Saarlandes m.fl. (C-171/07 og C-172/07, EU:C:2009:316, præmis 25 og den deri nævnte retspraksis). Jf. i denne henseende ligeledes dom af 1.3.2018, CMVRO (C-297/16, EU:C:2018:141, præmis 86).

[67] – Der er nærmere bestemt tale om en person, som har fulgt den tandlægeuddannelse, der er nævnt i artikel 34 i direktiv 2005/36, og som har opnået et uddannelsesbevis vedrørende den grundlæggende tandlægeuddannelse.

[68] – Jf. Malta Dental-dommen (præmis 57 og 58).

[69] – Jf. Malta Dental-dommen (præmis 60-62 og den deri nævnte retspraksis). Domstolen fastslog, at der ved vurderingen af, om proportionalitetsprincippet er overholdt af en medlemsstat på området for den offentlige sundhed, må tages hensyn til, at menneskers liv og sundhed står øverst blandt de goder og interesser, som er beskyttet ved EUF-traktaten, og at det tilkommer medlemsstaterne at træffe bestemmelse om det niveau for beskyttelsen af den offentlige sundhed, som de ønsker at sikre, og hvorledes dette niveau skal nås. Da niveauet kan veksle fra den ene medlemsstat til den anden, må der anerkendes en skønsbeføjelse for medlemsstaterne på dette område.

110. Henset til det ovenstående foreslår jeg, at det præjudicielle spørgsmål 4 som omformuleret besvares med, at artikel 49 TEUF er til hinder for enhver national foranstaltning, som kan gøre det vanskeligere eller mindre attraktivt at udøve den i traktaten sikrede etableringsfrihed, herunder en lovgivning, der kræver, at en erhvervsdrivende fra en anden medlemsstat for at etablere sig i værtsmedlemsstaten forudgående indhenter en autorisation, og som forbeholder udøvelsen af en uafhængig aktivitet for bestemte erhvervsdrivende, medmindre den pågældende lovgivning er begrundet i tvingende almene hensyn.

C. Forslag til afgørelse

111. Henset til ovenstående betragtninger foreslår jeg Domstolen at besvare de af Oberster Gerichtshof (øverste domstol, Østrig) forelagte præjudicielle spørgsmål som følger:

»1) Artikel 3, litra d), i Europa-Parlamentets og Rådets direktiv 2011/24/EU af 9. marts 2011 om patientrettigheder i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelser

skal fortolkes således, at

begrebet »sundhedsydelser i tilfælde af telemedicin« kun omfatter medicinske ydelser, der udelukkende gennemføres ved hjælp af informations- og kommunikationsteknologier, og at ydelser, der leveres fysisk under samtidig tilstedeværelse af læge og patient, ikke henhører under begrebet »telemedicin« som omhandlet i denne bestemmelse, selv hvis de leveres som led i en samlet behandlingsaftale, der indebærer såvel telemedicinske ydelser som ydelser, der leveres under fysisk tilstedeværelse, uafhængigt af i hvilket omfang hver enkelt af disse ydelser udgør den overvejende del.

2) Direktiv 2011/24

skal fortolkes således, at

dets normative indhold ikke er begrænset til bestemmelserne om godtgørelse af udgifterne til grænseoverskridende sundhedsydelser i direktivets kapitel III, men omfatter også de regler om henholdsvis behandlingsmedlemsstatens og forsikringsmedlemsstatens forskellige ansvarsområder i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelser, som er fastsat i direktivets kapitel II, således at betegnelsen »behandlingsmedlemsstat« for så vidt angår »sundhedsydelser«, der skal betragtes som »telemedicin« som omhandlet i direktivets artikel 3, litra d), med hensyn til denne type sundhedsydelser har en betydning, der ikke er begrænset til godtgørelse af udgifterne til grænseoverskridende sundhedsydelser i henhold til bl.a. direktivets artikel 7, stk. 7, men også vedrører den lovgivning samt de standarder og retningslinjer for kvalitet og sikkerhed, der gælder for denne type sundhedsydelser, i medfør af artikel 4, stk. 1, i direktiv 2011/24.

3) Artikel 3 i Europa-Parlamentets og Rådets direktiv 2000/31/EF af 8. juni 2000 om visse retlige aspekter af informationssamfundstjenester, navnlig elektronisk handel, i det indre marked, sammenholdt med artikel 2, litra a) og h), heri

skal fortolkes således, at

telemedicinske ydelser kan henhøre under begrebet »informationssamfundstjenester« og følgelig være omfattet af anvendelsesområdet for direktiv 2000/31, hvilket i henhold til dette direktivs artikel 3, stk. 1 og 2, navnlig indebærer dels, at det påhviler hver enkelt medlemsstat som oprindelsesmedlemsstat for informationssamfundstjenester at regulere disse tjenester og i denne henseende beskytte de mål af almen interesse, der er nævnt i direktivets artikel 3, stk. 4, litra a), nr. i), dels at det i henhold til princippet om gensidig anerkendelse tilkommer hver enkelt medlemsstat som bestemmelsesmedlemsstat for informationssamfundstjenester ikke at begrænse den frie bevægelighed for sådanne tjenester ved at kræve overholdelse af yderligere forpligtelser, der måtte være omfattet af det koordinerede område, og som den pågældende medlemsstat måtte have vedtaget.

4) Artikel 5, stk. 3, i Europa-Parlamentets og Rådets direktiv 2005/36/EF af 7. september 2005 om anerkendelse af erhvervsmæssige kvalifikationer

skal fortolkes således, at

en sundhedstjenesteyder ikke flytter til en anden medlemsstat, når vedkommende alene leverer medicinske ydelser ved hjælp af informations- og kommunikationsteknologier, uanset om tredjeparter leverer supplerende sundhedsydelser direkte i forsikringsmedlemsstaten.

5) Artikel 49 TEUF

skal fortolkes således, at

denne bestemmelse er til hinder for enhver national foranstaltning, som kan gøre det vanskeligere eller mindre attraktivt at udøve den i traktaten sikrede etableringsfrihed, herunder en lovgivning, der kræver, at en erhvervsdrivende fra en anden medlemsstat for at etablere sig i værtsmedlemsstaten forudgående indhenter en autorisation, og som forbeholder udøvelsen af en uafhængig aktivitet for bestemte erhvervsdrivende, medmindre den pågældende lovgivning er begrundet i tvingende almene hensyn.«