

S a c h v e r h a l t

A. A. _____, wohnhaft in B. _____, geboren im Jahr 1976, begab sich am 19. Februar 2009 wegen zunehmenden Beschwerden im linken Bein in die Klinik C. _____. Nach Durchführung eines MR-Lendenwirbelsäule gleichentags wurde er aus versicherungstechnischen Gründen ins D. _____ überwiesen und dort am 21. Februar 2009 aufgrund einer S1-Wurzelkompression an der Bandscheibe LWK5/SWK1 operiert.

Nach Einholung zusätzlicher Informationen und mit Verfügung vom 29. April 2009 lehnte die Direktion für Gesundheit und Soziales des Kantons Freiburg (nachfolgend Direktion) das Kostengutsprachege such des D. _____ vom 9. März 2009 für eine notfallmässige ausserkantonale stationäre Behandlung von A. _____, welche vom 20. bis 24. Februar 2009 im D. _____ stattfand, ab. In ihrer Verfügung gab die Direktion an, die Bedingungen für eine Beteiligung des Kantons Freiburg an den Kosten der ausserkantonalen Spitalbehandlung seien wegen nicht erfüllter Voraussetzungen einer nicht verfügbaren Leistung oder eines Notfalls nicht gegeben. Diese Verfügung wurde A. _____ eröffnet und in Kopieform dessen Krankenversicherer, der E. _____ AG, sowie der Koordinationsstelle des D. _____ zugestellt.

Ein dagegen von der E. _____ eingereichtes Wiedererwägungsgesuch lehnte die Direktion mit Verfügung vom 6. Mai 2009 aufgrund unveränderter medizinischer Aktenlage ab. Diese Verfügung wurde der Koordinationsstelle des D. _____ eröffnet und in Kopieform A. _____ sowie der E. _____ zugestellt.

B. Gegen die Verfügung vom 29. April 2009 und später pendente lite auch gegen die Wiedererwägungsverfügung vom 6. Mai 2009, mit welcher die Direktion die ablehnende Verfügung bestätigt hat, erhob einzig A. _____ am 7. Mai respektive am 10. Juni 2009 Beschwerde beim Kantonsgericht Freiburg, Sozialversicherungsgerichtshof. Er beantragt sinngemäss, der Kanton Freiburg sei zur Kostenbeteiligung am obgenannten Spitalaufenthalt zu verpflichten, da die Dringlichkeit der Behandlung medizinisch ausgewiesen und er auch am nächstmöglichen Termin operiert worden sei. Hätte die Versicherungsdeckung am C. _____ bestanden, wäre er bereits am 20. Februar 2009 operiert worden.

Mit Stellungnahme vom 23. Juni und Nachtrag vom 3. Juli 2009 hält die Direktion an ihrer Argumentation fest und beantragt die Abweisung der Beschwerde. A. _____ liess sich nicht mehr vernehmen.

Die weiteren rechtlichen und tatsächlichen Vorbringen der Parteien und die übrigen Elemente des Sachverhaltes ergeben sich, soweit sie für die Urteilsfindung von Bedeutung sind, aus den nachfolgenden rechtlichen Erwägungen.

E r w ä g u n g e n

1. a) Die Beschwerde vom 7. Mai 2009 gegen die Verfügung der Direktion vom 29. April 2009 ist innert der Beschwerdefrist von 30 Tagen bei der zuständigen Beschwerdeinstanz eingereicht worden (Art. 76 ff. des Gesetzes über die Verwaltungspflege [VRG; SGF 150.1]; Art. 9 der Verordnung über das Verfahren für die finanzielle Beteiligung des Kantons Freiburg an den Behandlungskosten bei einem ausserkantonalen Spitalaufenthalt [SGF 842.1.611] nachfolgend kantonale Verfahrensverordnung in der vom 1. Januar 2005 bis 31. August 2009 gültigen Fassung). Insbesondere handelt es sich dabei, selbst wenn es hier um Beiträge mit Subventionscharakter geht, um eine sozialversicherungsrechtliche Streitigkeit, sodass die Zuständigkeit des Sozialversicherungsgerichtshofes gegeben ist (vgl. BGE 123 V 290 E. 3b/bb).

b) Zunächst stellt sich die Frage nach dem Anfechtungsobjekt.

Die Regelung des Verfahrens zur Geltendmachung und allenfalls gerichtlichen Durchsetzung des Anspruchs auf finanzielle Beteiligung des Kantons bei ausserkantonalem Spitalaufenthalt im Sinne von Art. 41 Abs. 3 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) ist auf kantonaler Ebene auch nach Inkraft-Treten des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) grundsätzlich Sache der Kantone (BGE 130 V 215 Erw. 6.3.2 mit Hinweis). Für das Beschwerdeverfahren gegen den Entscheid der Direktion gilt gemäss Art. 9 der anwendbaren kantonalen Verfahrensverordnung das VRG. Gemäss Art. 104 Abs. 1 VRG kann eine Partei jederzeit die Verwaltungsbehörde ersuchen, ihren Entscheid in Wiedererwägung zu ziehen. Allerdings ist parallel zu einem Beschwerdeverfahren ein Wiedererwägungsverfahren vor der unteren Instanz ausgeschlossen. Ohne selbständige Bedeutung wird ein allfälliges Wiedererwägungsgesuch automatisch ins Beschwerdeverfahren integriert (Urteil des ehemaligen Verwaltungsgerichts 1A 01 48 vom 20. September 2001). Aufgrund des im Sozialversicherungsrecht herrschenden Prinzips der Subsidiarität einer Wiedererwägung als ausserordentliches Rechtsmittel muss die Verwaltungsbehörde, wenn die Beschwerdefrist noch nicht abgelaufen ist, ein Wiedererwägungsgesuch unverzüglich der Beschwerdeinstanz überweisen, welche prüfen wird, ob es die Voraussetzungen einer Beschwerde erfüllt (Urteil des ehemaligen Verwaltungsgerichts 5S 98 205 vom 17. Juni 1999; C. JAÏCO CARRANZA / S. MICOTTI, Code de procédure et de juridiction administrative fribourgeoise, 2006, Rz. 104.3 f.).

Aufgrund der Akten ging das Wiedererwägungsgesuch des D._____, weil auf dem ursprünglichen und abgelehnten Kostengutsprachege such fälschlicherweise als Ort des Notfallereignisses "Fribourg" statt "Parkplatz Raststätte Grauholz" angegeben war, am 4. Mai 2009 bei der Direktion ein, mithin inmitten der laufenden Beschwerdefrist gegen die leistungsablehnende Verfügung vom 29. April 2009. Nach dargestellter Rechtslage hätte die Vorinstanz demnach, statt eine Verfügung zu erlassen (welche dem Beschwerdeführer mit B-Post-Sendung vom 6. Mai 2009 mithin nach Beschwerdeerhebung eröffnet wurde), das Gesuch unverzüglich an das Kantonsgericht zur Prüfung weiterleiten müssen. Der zweiten Verfügung kommt demnach keine selbständige Bedeutung zu. Aufgrund des Devolutiveffekts der Beschwerde als ordentliches Rechtsmittel, mit dessen Einreichung die Behandlung der Sache an das kantonale Versicherungsgericht übergeht (vgl. U. KIESER, ATSG-Kommentar 2009, Rz. 73 zu Art. 61 mit Hinweis), richtet sich die vorliegende Beschwerde somit gegen die ursprüngliche Ablehnungsverfügung, welche

eigentliches Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens darstellt (vgl. U. KIESER, ATSG-Kommentar 2009, Rz. 56 zu Art. 61). Demgegenüber kommt die Wiedererwägungsverfügung der Vorinstanz vom 6. Mai 2009, da sie den Anträgen des Beschwerdeführers nicht entspricht, lediglich einem Antrag pendente lite ans Gericht gleich (vgl. U. KIESER, ATSG-Kommentar 2009, Rz. 47 zu Art. 61; ZAK 1992 117).

Der Beschwerdeführer ist zur Einreichung der Beschwerde gegen die Verfügung vom 29. April 2009 legitimiert, da er als Verfügungsadressat durch den angefochtenen negativen Entscheid unmittelbar berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an dessen Überprüfung hat.

Auf die Beschwerde ist einzutreten.

2. Streitig und zu prüfen ist, ob sich der Kanton Freiburg an den Kosten des ausserkantonalen stationären Spitalaufenthalts des Beschwerdeführers, welcher vom 20. bis 24. April 2009 im D._____ stattfand, finanziell zu beteiligen hat.

3. a) Nach Art. 41 KVG in der ab dem 1. Januar 2009 gültigen Fassung kann die versicherte Person für die stationäre Behandlung unter den Spitälern frei wählen, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital). Der Versicherer und der Wohnkanton übernehmen bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung anteilmässig nach Artikel 49a höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt (Abs. 1bis).

Beansprucht die versicherte Person bei einer stationären Behandlung aus medizinischen Gründen einen nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführtes Spital, so übernehmen der Versicherer und der Wohnkanton die Vergütung anteilmässig nach Artikel 49a. Mit Ausnahme des Notfalls ist dafür eine Bewilligung des Wohnkantons notwendig (Abs. 3).

"Medizinische Gründe liegen (...) bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen nicht angeboten werden:

a. bei ambulanter Behandlung am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person oder in deren Umgebung;

b. bei stationärer Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist (Abs. 3bis)".

b) In Anwendung dieser Bestimmungen enthält die Verordnung vom 13. Dezember 2004 über das Verfahren für die finanzielle Beteiligung des Kantons Freiburg an den Behandlungskosten bei einem ausserkantonalen Spitalaufenthalt (SGF 842.1.611; nachfolgend kantonale Verordnung), in der vom 1. Januar 2005 bis 31. August 2009 gültigen Fassung, in Art. 1 und 2 das Nachfolgende:

"Der Kanton Freiburg beteiligt sich an den Kosten für die Behandlung seiner Einwohnerinnen und Einwohner in einem Spital ausserhalb des Kantonsgebiets, wenn die medizinische Notwendigkeit im Sinne von Artikel 2 nachgewiesen ist (Art. 1 Abs. 1).

Medizinische Notwendigkeit besteht:

- a) bei notfallmässiger Hospitalisation oder
- b) wenn die notwendigen Leistungen laut der Negativliste der Leistungen in keinem Spital des Kantons erteilt werden können (Art. 2)".

Laut Art. 3 dieser kantonalen Verordnung erstellt das Kantonsarztamt Freiburg die amtliche Liste der Leistungen, die nicht im Kanton erbracht werden können (Negativliste der Leistungen), und führt sie laufend nach. Gemäss Anhang der kantonalen Verordnung werden im Bereich der Neurochirurgie folgende Leistungen nicht angeboten: "Vaskuläre Neurochirurgie von Hirn und Rückenmark", "komplizierte Pathologie des Marks und der Wirbelsäule" sowie "funktionelle Neurochirurgie" (vgl. Anhang der Verordnung, Kapitel 3 Chirurgie Code 3F).

Gemäss Anhang der Verordnung vom 13. Dezember 2004 über die Liste der Spitäler des Kantons Freiburg (SGF 822.0.21; nachfolgend Leistungsverordnung), in der Fassung, welche seit dem 1. April 2008 gültig ist, verfügen das F._____ (vgl. Ziff. 1.1.4) sowie die G._____ (vgl. Ziff. 2.5.4), diese jedoch mit Einschränkungen (sie soll insbesondere keinen Notfalldienst sicherstellen, vgl. Ziff. 2.5.6), über einen Leistungsauftrag in neurologischer Chirurgie, wobei das F._____ Referenzspital für alle spezialisierten Leistungen ist, welche in den übrigen Spitälern nicht angeboten werden (Ziff. 1.1.6).

Die Verordnung des Staatsrats vom 13. Dezember 2004 über die Liste der Spitäler ausserhalb des Kantons Freiburg (SGF 822.0.22; in Kraft seit 1. Januar 2005; nachfolgend Listenverordnung) enthält die Liste der Spitäler ausserhalb des Kantons, die zur Deckung des Bedarfs der Kantonsbevölkerung, soweit dieser nicht durch das kantonale Spitalpflegeangebot gedeckt wird, erforderlich sind. Durch die Aufnahme in die Spitalliste gilt ein Spital als Leistungserbringer, der für die Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen ist (vgl. Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG). Das D._____ ist in die Liste aufgenommen für Leistungen, welche auf der vom Kantonsarztamt erstellten Negativliste aufgeführt sind (vgl. Listenverordnung, Anhang Ziff. 1.2.1).

c) Gemäss ständiger Rechtsprechung erfordert ein Notfall als medizinischer Grund für eine ausserkantonale stationäre Behandlung i.S. von Art. 41 Abs. 3 KVG in Anlehnung an Art. 36 Abs. 2 KVV eine Lage, in welcher medizinische Hilfe unaufschiebbar und eine Rückkehr für eine stationäre Behandlung in den Wohnkanton nicht möglich oder angemessen ist (vgl. Urteil K 192/00 vom 2.3.2001 Erw. 2b; Urteil K 128/01, publiziert in RKUV 2002 KV 231 475 Erw. 4.1 und 4.2).

Gemäss EUGSTER sind die besonderen Leistungen bei Notfall nur so lange zu gewähren, als nicht eine Rückreise in den Wohnkanton verlangt werden kann. Die entsprechende Aufklärungspflicht liegt bei den Ärzten (G. EUGSTER, Krankenversicherung, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2. Aufl. 2007, Rz. 964 S. 724).

Im Sinne eines fehlenden Angebots als medizinischer Grund schliesst die Tatsache, dass eine diagnostische oder therapeutische Massnahme in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spital angeboten wird, einen medizinischen Grund im Sinne von Art. 41 Abs. 3 und 3bis KVG nicht zwingend aus (BGE 127 V 138 Erw. 5; Urteil K 22/03 = RKUV 2004 KV 273 119 Erw. 3.3.2, in BGE 130 V 87 nicht publ.; Urteil K 77/01 = RKUV 2003 KV 254 234 Erw. 5.1.1). Insbesondere Kapazitätsengpässe in den

unter Kostenvolldeckung wählbaren Spitälern des Wohnkantons können ebenfalls medizinische Gründe sein, sofern in zeitlicher Hinsicht Dringlichkeit gegeben ist (Urteil K 77/01 = RKUV 2003 KV 254 234 Erw. 5.1; Urteil K 29/93 vom 4. August 1993; vgl. auch Urteile 9C_835/2010 vom 11. November 2010 Erw. 3.2). So können medizinische Gründe vorliegen, wenn eine Behandlung etwa aus Kapazitätsgründen nicht oder nicht innert nützlicher Frist in einem Wohnsitzkanton möglich gewesen wäre (Urteil 9C_388/2010 vom 21. September 2010 Erw. 5.2 in fine, vgl. auch Urteil 9C_548/2008 vom 27. April 2009 Erw. 3.4). Im Einzelfall ist auch hier der Nachweis zu erbringen, dass innerkantonal eine Behandlung innerhalb angemessener Frist nicht möglich bzw. die Wartezeiten unzumutbar lange sind oder den Behandlungserfolg gefährden (G. EUGSTER, a.a.O., Rz. 965 S. 724).

d) Die Zahlungsgutsprache für den ausserkantonalen Spitalaufenthalt kann erst ausgestellt werden, wenn die formelle Anerkennung der medizinischen Notwendigkeit vom Kantonsarztamt vorliegt (Art. 7 Abs. 1 kantonale Verordnung). Nach EUGSTER kann der Wohnkanton seine Leistungspflicht verneinen, wenn er die Anspruchsvoraussetzungen nach KVG als nicht gegeben erachtet (G. EUGSTER, a.a.O., Rz. 968 mit Hinweis u.a. auf Urteil K 39/04 vom 26. April 2005). Bei Notfall entfällt die Notwendigkeit einer Zahlungsgutsprache (Art. 41 Abs. 3 Satz 2 KVG).

4. a) Aufgrund der medizinischen Akten wurde am 19. Februar 2009 in der Klinik C._____ bei zunehmenden Beschwerden im linken Bein sowie seit zweieinhalb Jahren bekannter Diskushernie und Frage nach einer Spinalkanalstenose sowie einer Diskushernie L5/S1 mit Kompromittierung der S1-Wurzel links ein MRI durchgeführt. Dieses ergab eine tendenzielle Grössenabnahme einer median medio-lateral beidseitigen Hernie L4/L5 sowie eine Grössenzunahme der Diskushernie L5/S1 mediolateral links, nun mit nach kranial und kaudal sequestriertem Hernienanteil mit Kompromittierung der S1-Wurzel links und möglicher Reizung der L5-Wurzel, mit Impression des Duralschlauches und relativer Einengung des Durchmessers des Spinalkanals auf dieser Höhe (Dr. med. H._____, Bericht vom 19. Februar 2009). Gemäss Dr. med. I._____ zeigte sich nach Schmerzexazerbation seit rund 10 Tagen und einer seit rund 3 Tagen zunehmenden Fussenkenschwäche links eine klare Lumboischialgie mit Ausstrahlung ins Dermatom S1. Klinisch stellte Dr. I._____ ein antalgisches Gangbild (Zehenspitzenengang links knapp durchführbar; Kraft M4) mit Hypästhesie entsprechend Dermatom S1 und positivem Lasègue links fest. Bei klarer Diskopathie LWK4/5 und LWK5/SWK1 und zusätzlich freier Sequester auf Höhe LWK5/SWK1 mit Kompression der Wurzel S1 links wurde am 21. Februar 2009 auf der Neurochirurgie, D._____, eine mikrotechnische Fenestration auf Höhe LWK5/SWK1 sowie eine Sequester- und Mikrodiskektomie durchgeführt. Postoperativ zeigte sich bereits zum Zeitpunkt des Erwachens aus der Narkose eine Regredienz der Ischialgie. Bei Spitalaustritt werden bis auf eine diskrete Dysästhesie am lateralen Fussrand keine weiteren fokale-neurologischen Defizite mehr beschrieben (Operationsbericht vom 21. Februar 2009; Dr. med. A. Raabe, Neurochirurg, Austrittsbericht vom 26. Februar 2009).

Damit steht vorliegend fest, dass bei seit zweieinhalb Jahren bestehenden chronisch-rezidivierenden Lumboischialgien (vgl. Austrittsbericht vom 26. Februar 2009) mit bekannter Diskopathie und seit wenigen Tagen starker linksseitiger Schmerzprogredienz sowie dem Auftreten einer Fussenkenschwäche links auf der Notfallstation der Klinik C._____ eine Konsultation mit MRI-Abklärung stattgefunden hat, die indizierte Diskushernienoperation aus versicherungstechnischen Gründen jedoch erst am 21. Februar 2009 am D._____ durchgeführt werden konnte.

b) Da weiter feststeht, dass die vorliegend erforderlichen medizinischen Leistungen gemäss dargestellter Rechtslage im Wohnkanton angeboten werden und demzufolge die am D._____ durchgeführte Behandlung auch im F._____ hätte vorgenommen werden können, was unter den Parteien grundsätzlich auch nicht streitig ist, stellt sich hinsichtlich der stattgehabten ausserkantonale Spitalbehandlung einzig die Frage nach dem Vorliegen von medizinischen Gründen im Sinne von Art. 41 Abs. 3 und 3bis KVG (Notfall; Behandlung im Wohnkanton etwa aus Kapazitätsgründen nicht oder nicht innert nützlicher Frist möglich, vgl. Urteile 9C_388/2010 vom 21. September 2010 Erw. 5.2, 9C_835/2010 vom 11. November 2010 Erw. 3.2, 9C_548/2008 vom 27. April 2009 Erw. 3.4).

5. a) Der Beschwerdeführer macht diesbezüglich zunächst geltend, die ablehnende Verfügung der Vorinstanz beruhe auf einem falschen Sachverhalt. Ort des Notfallereignisses sei nicht, wie im Kostengutsprachege such angegeben, Freiburg gewesen, sondern Grauholz. Im Weiteren legt er medizinische Berichte ins Recht. In der Eingabe vom 10. Juni 2009, welche sich zugleich gegen die von der Vorinstanz wiedererwägungsweise bestätigte Ablehnung der Kostengutsprache richtet, legt er auch eine ärztliche Bestätigung der Oberärztin Dr. med. J._____, Chirurgische Notfallstation C._____, vom 30. April 2009, vor. Diese besagt, dass er *"aus versicherungstechnischen Gründen nicht im C._____ behandelt und an die neurochirurgische Klinik des D._____ zur dringlichen Behandlung überwiesen"* worden sei. Dazu führt er aus, dass die C._____ ihn am 19. Februar 2009 im Notfallsystem des D._____ erfassen liess und er am nächstfreien Operationstermin, am Samstag den 21. Februar 2009, dort operiert worden sei. Gemäss den Angaben von Dr. K._____ und Dr. J._____ wäre der Zeitverlauf bis zur Operation bei Überweisung ins F._____ grösser gewesen, da diesfalls die Operation erst ab dem 23. Februar 2009 möglich gewesen wäre. Die Überweisung ans D._____ sei somit aufgrund der medizinischen Dringlichkeit und insbesondere zur Reduktion des Risikos für Langzeitschäden bei Nervenwurzelkompression erfolgt. Hätte eine Versicherungsdeckung für die Klinik C._____ bestanden, wäre er dort bereits am 20. Februar 2009 operiert worden.

Demgegenüber lehnte die Direktion das Kostengutsprachege such zunächst mit dem Argument ab, es liege weder ein Fall vor, bei dem die erforderliche Leistung im Kanton Freiburg nicht verfügbar seien, noch ein in einem anderen Kanton aufgetretener Notfall, bei dem die Rückkehr in den Wohnkanton nicht mehr möglich gewesen wäre. Daran hielt sie in ihren Bemerkungen vom 23. Juni 2009 zur Beschwerde fest, da aus den vom Beschwerdeführer eingereichten Unterlagen hervorgehe, dass er bereits seit 10 Tagen unter Schmerzen gelitten habe, er sich am 19. Februar in der Sonnehofklinik untersuchen liess, *"wo dann ein Eintritt in das D._____ (erst!) für den nächsten Tag vereinbart wurde"*. Offensichtlich handle es sich vorliegend nicht um einen Notfall, bei dem eine Rückkehr in den Kanton Freiburg nicht mehr zumutbar gewesen wäre. Damit sei die Frage nach dem Ort des (behaupteten) Notfallereignisses von vornherein irrelevant. Zur Bestätigung von Dr. med. J._____ vom 30. April 2009 führt sie in der Eingabe vom 3. Juli 2009 aus, diese ändere nichts daran, dass kein Notfall vorliege. Frau Dr. J._____ spreche auch nicht *"von einer sofort notwendigen Behandlung, sondern «nur» von einer dringlichen Behandlung"*. Zwar werde die Notwendigkeit und Dringlichkeit der Behandlung nicht grundsätzlich in Frage gestellt, es wäre dem Patienten jedoch möglich und zumutbar gewesen, den Eingriff am F._____ durchführen zu lassen. Bereits in den Bemerkungen zur Beschwerde hatte sie vorgebracht, dass der Eingriff, d.h. *"eine Operation an der Bandscheibe zwischen dem Lendenwirbelkörper 5*

und dem Sakralwirbelkörper 1 zur Entlastung des Nervs" auch im F._____ hätte durchgeführt werden können.

b) Aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten und in Übereinstimmung mit der Vorinstanz kann mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass am 19. Februar 2009 zwar kein Notfall im eigentlichen Sinne vorlag, bei dem ein sofortiger operativer Eingriff notwendig und medizinische Hilfe unaufschiebbar war. Denn andernfalls wäre der Beschwerdeführer bei freier Operationskapazität wohl umgehend im C._____ operiert und nicht von dort im Wissen darum, dass die dringliche Operation erst am übernächsten Tag, einem Samstagmorgen, stattfinden kann, ins D._____ überwiesen worden.

Andererseits steht aber auch fest und wird von der Vorinstanz auch nicht grundsätzlich bestritten, dass die Diskushernienoperation bei klinischer und radiologisch objektivierter Kompression der Nervenwurzel S1 zur Entlastung des Nervs dringlich war. Dagegen steht entgegen der Ansicht der Vorinstanz nicht, dass der Beschwerdeführer seit zweieinhalb Jahren an Rückenbeschwerden leidet und die Schmerzen seit 10 Tagen vor der Konsultation in der Klinik C._____ zugenommen hatten. Denn die Art und Weise der Entstehung des Gesundheitsschadens ist im Krankenversicherungsrecht nicht von Bedeutung. Von Dringlichkeit ist mithin auch auszugehen, wenn im konkreten Fall erstellt ist, dass die versicherte Person bei heute üblicher Mobilität der gesamten Bevölkerung (vgl. G. EUGSTER, a.a.O., Rz. 478 S. 560) während eines ausserkantonalen Aufenthalts in der Weise von Beschwerden überrascht wird, dass eine Rückkehr in den Wohnkanton medizinisch nicht verantwortbar oder eine innerkantonale Behandlung nicht innerhalb angemessener Frist möglich wäre (vgl. Urteil 9C_408/2009 vom 3. September 2009 Erw. 6 und 8). Obwohl die Vorinstanz mithin die Dringlichkeit der Operation nicht grundsätzlich in Frage stellt, nimmt sie zum Vorbringen des Beschwerdeführers, welcher sich auf die Angaben des Neurochirurgen Dr. med. K._____ und der Oberärztin Dr. med. J._____, Klinik C._____ beruft, eine Operation wäre im F._____ erst ab Montag, den 23. Februar 2009 möglich gewesen und mithin nochmals zwei Tage später als im D._____, nicht Stellung, bestreitet dieses Vorbringen aber auch nicht. Da die Akten nicht erlauben, die Frage zu beantworten, ob bei vorliegend dokumentiertem medizinischem Befund aus fachärztlich neurologisch-neurochirurgischer Sicht ein Aufschieben der Operation über das Wochenende hinaus und mithin um volle 4 Tage für den Behandlungserfolg unbedenklich und ohne Gefahr für eine irreversible neurologische Schädigung gewesen wäre sowie nicht zuletzt, ob die Wartezeit für den Patienten dadurch nicht unzumutbar lange gewesen wäre, ist die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit sie dies abkläre. Erst danach kann beurteilt werden, ob vorliegend eine Rückkehr des Beschwerdeführers zwecks späterer Operation im F._____ tatsächlich möglich und angemessen gewesen wäre.

Die Beschwerde ist somit im Sinne der Erwägungen gutzuheissen und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit sie nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen einen neuen Entscheid fälle.

6. Das Verfahren im Bereich der Streitigkeiten betreffend die Leistungspflicht des Kantons nach Art. 41 Abs. 3 KVG regelt sich, wie ausgeführt, nach kantonalem Recht (BGE 130 V 215 Erw. 6.3.2; BGE 123 V 290 Erw. 5). Das ehemalige Verwaltungsgericht hat festgehalten, dass im Bereich der Befreiung vom Versicherungsobligatorium keine Gerichtskosten erhoben werden können. Dasselbe soll daher auch da gelten, wo es um die Beteiligung des Kantons an den Kosten eines ausserkantonalen Spitalaufenthalts

eines Versicherten geht (vgl. Urteil des ehemaligen Verwaltungsgerichts i.S. P. vom 21. Juli 2005 Erw. 5).

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

D e r H o f e r k e n n t :

I. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung vom 29. April 2009 aufgehoben und die Angelegenheit an die Direktion zurückgewiesen wird, damit sie im Sinne der Erwägungen verfähre und danach neu verfüge.

II. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb einer Frist von 30 Tagen ab Erhalt beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden. Diese Frist kann weder verlängert noch unterbrochen werden. Die Beschwerdeschrift muss in drei Exemplaren abgefasst und unterschrieben werden. Dabei müssen die Gründe angegeben werden, weshalb die Änderung dieses Urteils verlangt wird. Damit das Bundesgericht die Beschwerde behandeln kann, sind die verfügbaren Beweismittel und der angefochtene Entscheid mit dem dazugehörigen Briefumschlag beizulegen. Das Verfahren vor dem Bundesgericht ist grundsätzlich kostenpflichtig.

Givisiez, 31. März 2011/CRO/dcu

Der Gerichtsschreiber-Praktikant:

Der stellvertretende Präsident: