Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Sozialversicherungsabteilung
des Bundesgerichts

Prozess
{T 7}
K 22/03

Urteil vom 14. November 2003
I. Kammer

Besetzung
Präsident Schön, Bundesrichter Borella, Rüedi, Lustenberger und Frésard; Gerichtsschreiber Fessler

Parteien
S._____, 1967, Beschwerdeführer,

gegen

Kanton St. Gallen, Kantonsarzt-Amt des Kantons St. Gallen, Moosbruggstrasse 11, 9001 St. Gallen, Beschwerdegegner

Vorinstanz
Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen, St. Gallen

(Entscheid vom 20. November 2002)

Sachverhalt:

A.
Der 1967 geborene S._____ litt an einer residuellen Hüftdysplasie (Pfannenrandsyndrom bei antero-lateralem Überdachungsdefizit) links. Er unterzog sich deshalb am 25. August 1998 einer periacetabulären Osteotomie. Die Operation wurde am Inselspital Bern durchgeführt. Im Zeitpunkt des Eingriffs hatte S._____ Wohnsitz im Kanton St. Gallen. Die Kosten für die Behandlung und den Spitalaufenthalt vom 24. August bis 2. September 1998 beliefen sich auf insgesamt Fr. 13'624.45.

Mit Entscheid vom 30. Juni 1999 verneinte das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen wie zuvor schon das Kantonsarzt-Amt die Pflicht des Wohnsitzkantons, sich im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit Fr. 10'347.45 (Fr. 13'624.45 [in Rechnung gestellte Kosten]- Fr. 3'277.– [Fallpauschale für Einwohner des Kantons Bern]) an den Hospitalisationskosten zu beteiligen.

Mit Urteil vom 25. Juni 2001 (K 101/99 [BGE 127 V 138]) hob das Eidgenössische Versicherungsgericht den Entscheid vom 30. Juni 1999 auf. Es wies die Sache an das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen zurück, damit es nach weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen über die streitige Differenzzahlungspflicht des Kantons neu entscheide.

B.
Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen holte bei Prof. Dr. med. G._____, Chefarzt Klinik für Orthopädische Chirurgie Kantonsspital St. Gallen, eine Stellungnahme und bei Prof. Dr. med. T._____, A._____, ein Gutachten ein. Die Parteien äusserten sich zu den fachärztlichen Unterlagen.

Mit Entscheid vom 20. November 2002 verneinte das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen erneut eine Verpflichtung des Kantons, sich an den Kosten für die Behandlung und den Aufenthalt von S._____ im Inselspital Bern vom 24. August bis 2. September 1998 zu beteiligen.

C.
S._____ führt Verwaltungsgerichtsbeschwerde mit dem Rechtsbegehren, der Entscheid vom 20. November 2002 sei aufzuheben und der Kanton St. Gallen sei zu verpflichten, Fr. 10'347.45 zuzüglich Zinsen seit 6. Januar 1999 zu bezahlen. Im Weitern beantragt er kostenlose Prozessführung oder den Verzicht auf die Erhebung von Gerichtskosten.

Das Kantonsarzt-Amt St. Gallen verzichtet auf eine Stellungnahme und einen Antrag zur Verwaltungsgerichtsbeschwerde. Das Bundesamt für Sozialversicherung reicht keine Vernehmlassung ein.

Das Eidg. Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1.
Das Eidgenössische Versicherungsgericht ist letztinstanzlich zuständig zur Beurteilung der hier streitigen Differenzzahlungspflicht des Wohnsitzkantons St. Gallen des Beschwerdeführers nach Art. 41 Abs. 3 KVG für die Behandlung und den Aufenthalt im Inselspital Bern vom 24. August bis 2. September 1998 (BGE 127 V 140 Erw. 1, 410 Erw. 1 mit Hinweisen). Da auch die übrigen formellen Voraussetzungen erfüllt sind, ist auf die Verwaltungsgerichtsbeschwerde einzutreten.

2.
Am 1. Januar 2003 ist das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) in Kraft getreten. Mit ihm sind zahlreiche Bestimmungen im Bereich der sozialen Krankenversicherung geändert worden. Weil in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 127 V 467 Erw. 1), und da ferner nach dem spätesten Zeitpunkt des angefochtenen Entscheides (hier: 20. November 2002) eingetretene Rechts- und Sachverhaltsänderungen unberücksichtigt zu bleiben haben, sind im vorliegenden Fall die bis zum 31. Dezember 2002 geltenden Bestimmungen anwendbar (BGE 123 V 300 Erw. 5 in Verbindung mit BGE 121 V 366 Erw. 1b).

3.
3.1
3.1.1 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt u.a. die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 KVG).

Die Leistungen umfassen namentlich die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die stationär durchgeführt werden sowie den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines Spitals (Art. 25 Abs. 2 lit. a und e KVG).

Die Leistungen müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein (Art. 32 Abs. 1 erster Satz KVG).
3.1.2 Voraussetzung für die Kostenübernahme ist die Zulassung des Leistungserbringers zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Art. 35 ff. KVG). Spitäler im Besonderen müssen u.a. auf der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons aufgeführt sein (Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG).

Anstalten oder deren Abteilungen, die nach bisherigem Recht als Heilanstalten gelten, sind als Leistungserbringer nach neuem Recht zugelassen, solange der Kanton die in Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e vorgesehene Liste der Spitäler und Pflegeheime noch nicht erstellt hat (Art. 101 Abs. 2 erster Satz KVG).
3.2

3.3 Die Kostenübernahme bei stationärer Behandlung im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ist in Art. 41 KVG geregelt. Danach muss der Versicherer die Kosten höchstens nach dem Tarif übernehmen, der im Wohnkanton der versicherten Person gilt (Abs. 1 dritter Satz). Beanspruchen Versicherte aus medizinischen Gründen einen anderen Leistungserbringer, so richtet sich die Kostenübernahme nach dem Tarif, der für diesen Leistungserbringer gilt (Abs. 2 erster Satz).

Medizinische Gründe liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen im Wohnkanton oder in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e aufgeführten ausserkantonalen Spital nicht angeboten werden (Abs. 2 zweiter Satz und lit. b).
Beansprucht die versicherte Person aus medizinischen Gründen die Dienste eines ausserhalb ihres Wohnkantons befindlichen öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals, so übernimmt der Wohnkanton die Differenz zwischen den in Rechnung gestellten Kosten und den Tarifen des betreffenden Spitals für Einwohner und Einwohnerinnen des Kantons (Abs. 3 erster Satz; Ausgleichs- oder Differenzzahlungspflicht: BGE 123 V 290 und 310).
3.3.1 In BGE 127 V 138 hat sich das Eidgenössische Versicherungsgericht einlässlich zum Begriff der medizinischen Gründe (ohne Notfall) im Sinne von Art. 41 Abs. 2 (zweiter Satz und lit. b) und 3 KVG sowie zum Umfang der Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung geäussert, wenn solche gegeben sind. Das Gericht hat entschieden, dass die altrechtliche Ordnung (Art. 19bis Abs. 5 und Art. 23 KUVG sowie die dazu ergangene Rechtsprechung) sinngemäss auch unter dem neuen Recht gilt.
3.3.2 Im Weitern hat das Eidgenössische Versicherungsgericht festgestellt, die Tatsache, dass eine unter dem Gesichtspunkt der Wirksamkeit und Zweckmässigkeit an sich geeignete diagnostische oder therapeutische Massnahme in einem auf der Spitalliste des Wohnsitzkantons der versicherten Person aufgeführten Spital angeboten werde, schliesse nicht zwingend einen medizinischen Grund im Sinne von Art. 41 Abs. 2 (zweiter Satz und lit. b) und 3 KVG aus. Weist eine bestimmte Behandlungsmethode oder Operationstechnik Vorteile in diagnostischer und/oder therapeutischer Hinsicht gegenüber anderen ebenfalls in Betracht fallenden Anwendungen auf, rechtfertigt sich unter Umständen die Beanspruchung der Dienste eines ausserkantonalen öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals. Gemeint sind in erster Linie geringere Risiken, weniger Komplikationen, eine günstigere Prognose betreffend allfälliger Nebenwirkungen und Spätfolgen. Der diagnostische oder therapeutische Mehrwert der fraglichen, in keinem Spital im Wohnsitzkanton der versicherten Person angebotenen Leistung muss allerdings erheblich sein. Bloss minimale, schwer abschätzbare oder gar umstrittene Vorteile der lediglich auswärts praktizierten Anwendungen vermögen keinen
medizinischen Grund im Sinne von Art. 41 Abs. 2 (zweiter Satz und lit. b) und 3 KVG abzugeben (BGE 127 V 147 Erw. 5).

An dieser Rechtsprechung ist festzuhalten.

4.
Es steht fest, dass für die Behandlung der Hüftdysplasie beim Beschwerdeführer grundsätzlich zwei Operationstechniken in Betracht fielen, nämlich die periacetabuläre Osteotomie nach Ganz und die Triple-Osteotomie nach Tönnis. Am Kantonsspital St. Gallen wird lediglich die zweite Methode in modifizierter Form angewendet. Demgegenüber wird am Inselspital Bern, wo der Versicherte sich im August 1998 operieren liess, vorwiegend oder sogar ausschliesslich die periacetabuläre Osteotomie nach Ganz praktiziert.

4.1 Prof. Dr. med. G._____, Chefarzt der Klinik für Orthopädische Chirurgie am Kantonsspital St. Gallen, äusserte sich im Rahmen des Kostengutspracheverfahrens vor dem Kantonsarzt-Amt dahingehend, sie hätten früher vorübergehend ebenfalls Erfahrungen mit der periacetabulären Osteotomie gemacht. Sie seien aber wieder zur Triple-Osteotomie nach Tönnis zurückgekehrt, weil sie das Komplikationsrisiko niedriger sähen und es auch genügend Literatur mit entsprechenden Resultaten über diese Methode gebe. Sodann sei es insbesondere auch unter dem Gesichtspunkt des Risikos einer Ischiadicus-Parese eine Ermessensfrage, welcher Technik der Vorzug gegeben werde. Die Resultate seien sicher vergleichbar. Im Übrigen sei die jetzige Situation der Hüfte schon recht fortgeschritten und der Behandlungserfolg mit einer «solchen» Osteotomie zumindest fragwürdig (Schreiben vom 21. und 24. Juli 1998).

In der vom kantonalen Gericht eingeholten ergänzenden Stellungnahme vom 6. Februar 2002 führte Prof. Dr. med. G._____ u.a. aus, die modifizierte Form der Triple-Osteotomie nach Tönnis werde am Kantonsspital St. Gallen häufig durchgeführt. Die sogenannte periacetabuläre Osteotomie nach Ganz sei lediglich eine Variante operationstechnischer Art und werde bei den selben Indikationen eingesetzt. Er sei überzeugt, dass die in St. Gallen praktizierte Triple-Osteotomie nach Tönnis der beim Versicherten im Inselspital Bern angewendeten Operationstechnik mindestens ebenbürtig sei. Im Übrigen wäre er bereit gewesen, den Eingriff in seiner Klinik durch zwei Leitende Ärzte (Dres. med. L._____ und B._____) vornehmen zu lassen.

4.2 Prof. Dr. med. T._____ legt im Gerichtsgutachten vom 29. Juli 2002 zunächst dar, welche Gemeinsamkeiten die hier zur Diskussion stehenden periacetabuläre Osteotomie nach Ganz und die Triple-Osteotomie nach Tönnis aufweisen und worin sie sich operationstechnisch hauptsächlich unterscheiden. Im Weitern geht der Experte der Frage nach, ob eine der beiden Methoden für die Behandlung einer residuellen Hüftdysplasie einen entscheidenden Vorteil gegenüber der anderen hat. Bezug nehmend auf zahlreiche wissenschaftliche Publikationen kommt der Experte zum Schluss, dass die periacetabuläre Osteotomie nach Ganz und die Triple-Osteotomie nach Tönnis gleichwertig sind, wenn sie geübt gehandhabt werden. Beide Operationstechniken wiesen weitgehend eine gleich häufige Komplikationsrate auf. Keine Methode sei günstiger als die andere in der Prognose auf eine längere Tragfähigkeit und Schmerzfreiheit des Hüftgelenkes.

Bezogen auf den konkreten Fall des Beschwerdeführers führt Prof. Dr. med. T._____ aus, bei der periacetabulären Osteotomie nach Ganz und auch bei der Triple-Osteotomie nach Tönnis sei ein Behandlungserfolg zu erwarten gewesen. Der Hüftkopf sei zwar schon etwas dezentriert und das Pfannendach deutlich dysplastisch gewesen. Er habe sich aber durch Rotation in eine weitgehend normale Position bringen lassen. Das sei durch beide Methoden vollziehbar gewesen. Es sei richtig gewesen, mit dem Eingriff nicht länger zuzuwarten. Es habe schon Zeichen der beginnenden Arthrose gegeben.

Schliesslich war gemäss Prof. Dr. med. T._____ das Fachwissen und Können für die richtige Anwendung der Triple-Osteotomie am Kantonsspital St. Gallen gegeben.

5.
5.1 Das kantonale Gericht ist in Würdigung der Aussagen des Prof. Dr. med. T._____ zum Schluss gelangt, dass nach den heutigen Erkenntnissen die periacetabuläre Osteotomie klinisch keinen Vorteil gegenüber der Triple-Osteotomie aufweise. Die Operationszahlen für das Kantonsspital St. Gallen sodann zeigten, dass hier während mehrerer Jahre zahlreiche Beckenosteotomien durchgeführt worden seien. Die Zahl der Eingriffe habe in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Gemäss Dr. med. L._____, welcher zusammen mit Dr. med. B._____ die Operation beim Beschwerdeführer vorgenommen hätte, könne für das Kantonsspital St. Gallen «problemlos» von über 80 % guten Resultaten ausgegangen werden. Das entspreche laut Prof. Dr. med. T._____ dem allgemeinen Standard. An der Sachkompetenz der Dres. med. L._____ und B._____ sei im Übrigen nicht zu zweifeln. Das Kantonsspital St. Gallen wäre somit in der Lage gewesen, die Triple-Osteotomie sachgerecht durchzuführen. Zusammenfassend seien keine zureichenden medizinischen Gründe im Sinne von Art. 41 Abs. 3 KVG für eine periacetabuläre Osteotomie zur Behandlung der residuellen Hüftdysplasie links beim Beschwerdeführer gegeben. Es bestehe somit kein Anspruch auf eine Differenzzahlung des Wohnsitzkantons für den ausserkantonal durchgeführten Eingriff vom 25. August 1998.

5.2 Als Ergebnis des Gerichtsgutachtens vom 29. Juli 2002 ist festzuhalten, dass sich in Bezug auf Risiken, Komplikationen und Erfolgsprognose kein entscheidender Vorteil der am Inselspital Bern angewendeten periacetabulären Osteotomie nach Ganz gegenüber der am Kantonsspital St. Gallen in modifizierter Form praktizierten Triple-Osteotomie nach Tönnis nachweisen lässt. Für den Einzelfall lassen sich solche Vorteile zwar nicht ausschliessen, wie der Beschwerdeführer insoweit zu Recht vorbringt. Es fehlen indessen objektive Hinweise, dass es sich in seinem Fall tatsächlich so verhält. Davon persönlich überzeugt zu sein, genügt nicht. Zu weiteren Beweismassnahmen besteht kein Anlass. Insbesondere erübrigt sich die Einholung einer Stellungnahme des Prof. Dr. med. Ganz. Das Gerichtsgutachten ist überzeugend und schlüssig. Darauf kann abgestellt werden. In diesem Zusammenhang macht im Übrigen der Beschwerdeführer zu Recht nicht geltend, Prof. Dr. med. T._____ habe vorwiegend oder sogar ausschliesslich auf wissenschaftliche Publikationen von Fachärzten

abgestellt, welche die Anwendung der Triple-Osteotomie verfechten.
5.2.1 Nach Auffassung des Beschwerdeführers hat grundsätzlich der Wohnkanton der versicherten Person nachzuweisen, dass die von ihr bevorzugte ausserkantonale Behandlungsalternative dem eigenen Angebot nicht deutlich überlegen ist. Gelinge dieser Nachweis nicht, sei ein medizinischer Grund im Sinne von Art. 41 Abs. 2 (zweiter Satz und lit. b) und Abs. 3 KVG gegeben. In diesem Zusammenhang beruft sich der Beschwerdeführer auf die Arzt- und Therapiewahlfreiheit sowie das Gebot verfassungskonformer Gesetzesauslegung.
5.2.1.1 Im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes (BGE 125 V 195 Erw. 2), welcher auch im Anwendungsbereich von Art. 41 Abs. 3 KVG gilt, besteht kein Anlass zu einer Umkehrung der Beweislast in Bezug auf das Tatbestandsmerkmal der Beanspruchung der Dienste eines ausserkantonalen Spitals aus «medizinischen Gründen». Ergeben die Abklärungen, wie vorliegend, keine entscheidenden Vorteile einer auswärts praktizierten Behandlungsmethode oder Operationstechnik gegenüber innerkantonalen Alternativen, hat der oder die Versicherte die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 117 V 264 Erw. 3b mit Hinweisen).
5.2.1.2 Auch eine verfassungskonforme Auslegung des Rechtsbegriffs der medizinischen Gründe im Sinne von Art. 41 Abs. 2 (zweiter Satz und lit. b) und 3 KVG ruft keiner anderen Betrachtungsweise. Dabei kann offen bleiben, welcher Gehalt der Arzt- und Therapiewahlfreiheit als Ausprägungen des Rechts auf persönliche Freiheit (Art. 10 Abs. 2 BV) zukommt. Der Beschwerdeführer weist zwar mit Recht darauf hin, dass ein Patient ein «fundamentales» Interesse daran hat, selbst zu entscheiden, nach welcher Technik er sich operieren lassen will. Dieses Interesse an der Wahl der Therapie ist umso stärker zu gewichten, je grösser die mit der Behandlung verbundenen Risiken und möglichen Komplikationen sind. Bezogen auf den vorliegenden Fall ist indessen zu beachten, dass die vom Beschwerdeführer bevorzugte periacetabuläre Osteotomie nach Ganz keinen erheblichen diagnostischen oder therapeutischen Mehrwert gegenüber der in seinem Wohnkanton angebotenen und angewendeten Triple-Osteotomie nach Tönnis aufweist. Unter diesen Umständen kann im Rahmen verfassungskonformer Auslegung die Verneinung eines medizinischen Grundes im Sinne von Art. 41 Abs. 2 (zweiter Satz und lit. b) und Abs. 3 KVG nicht als unverhältnismässig bezeichnet werden. Im Übrigen
hat das Eidgenössische Versicherungsgericht schon in BGE 127 V 149 Erw. 6 festgestellt, dass sich aus dem verfassungsmässigen Recht der persönlichen Freiheit (Art. 10 Abs. 2 BV) kein Recht auf freie Wahl der Therapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ableiten lässt.
5.2.2 Schliesslich macht der Beschwerdeführer geltend, es fehle am Kantonsspital St. Gallen an genügender Operationskompetenz für die Durchführung von Beckenosteotomien. Gemäss Prof. Dr. med. T._____ sollten nach einer Lernphase mit 50 Eingriffen etwa 36 Operationen im Jahr für den Erhalt eines guten Standards als ausreichend erscheinen. Demgegenüber könnten die Dres. med. L._____ und B._____, welche laut Prof. Dr. med. G._____ den Eingriff vorgenommen hätten, sich über höchstens 10 Osteotomien pro Jahr ausweisen. Das medizinische Angebot im Bereich der Versorgung mit Beckenosteotomien könne somit unter dem Gesichtspunkt der Operationskompetenz am Kantonsspital St. Gallen nicht als genügend bezeichnet werden. Die von ihm bevorzugte periacetabuläre Osteotomie nach Ganz sei somit der Triple-Osteotomie nach Tönnis deutlich überlegen. Das stelle einen medizinischen Grund im Sinne von Art. 41 Abs. 2 KVG dar.
5.2.2.1 Der Kanton St. Gallen verfügt zwar noch nicht über eine rechtskräftige Spitalliste im Sinne von Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG. Die mit Beschluss des Regierungsrates vom 24. Juni 1997 erlassene Liste, auf welcher auch das Kantonsspital St. Gallen aufgeführt war, wurde vom Bundesrat mit Entscheid vom 23. Juni 1999 aufgehoben (Art. 53 Abs. 1 KVG). Diese Einrichtung ist indessen gestützt auf Art. 101 Abs. 2 KVG als Leistungserbringer zugelassen. Die hier durchgeführten Hüftoperationen stellen Leistungen im Sinne von Art. 25 Abs. 1 und Abs. 2 lit. a KVG dar, welche im Rahmen von Gesetz und Verordnungen (KVV und KLV samt Anhang 1) durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung zu vergüten sind.

Der Argumentation des Beschwerdeführers folgen, bedeutete somit im Ergebnis, dieser Einrichtung allgemein die Zulassung zur Durchführung von Beckenosteotomien zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abzusprechen. Bereits diese Konsequenz spricht gegen die Stichhaltigkeit seiner Vorbringen .

Die Zulassung zur Durchführung von Hüftoperationen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung differenziert nicht danach, welche Behandlungsmethoden und Operationstechniken im Einzelfall angewendet werden. Der Entscheid darüber liegt grundsätzlich bei den verantwortlichen Ärzten. Ebenfalls ist die Fachkompetenz der im Spital arbeitenden Medizinalpersonen nicht Gegenstand der Zulassung einer Anstalt oder Einrichtung als Spital im Sinne von Art. 35 Abs. 2 lit. h und Art. 39 KVG. Diese wird als gegeben an-

genommen. Die im Spital arbeitenden Medizinalpersonen, insbesondere Ärzte und Ärztinnen haben die im Einzelnen in Art. 36 ff. KVG und Art. 38 ff. KVV näher umschriebenen Voraussetzungen zu erfüllen. Die verantwortlichen Ärzte und Ärztinnen, allenfalls die Spitalleitung, haben dafür zu sorgen, dass die infrastrukturellen und auch fachlichen Rahmenbedingungen für die sachgerechte Anwendung einer bestimmten Behandlung gegeben sind. Je nachdem sind externe Fachärzte beizuziehen oder ist von der Vornahme der fraglichen Massnahme abzusehen.
5.2.2.2 Aus dem Vorstehenden folgt zwingend, dass angeblich ungenügende Fachkompetenz von Ärzten oder Ärztinnen eines Spitals grundsätzlich nicht einen medizinischen Grund im Sinne von Art. 41 Abs. 2 (zweiter Satz und lit. b) und Abs. 3 KVG darstellt. Es kann auch nicht Sache des Sozialversicherungsgerichtes sein, in einem konkreten Fall zu entscheiden, ob ein Arzt oder eine Ärztin über die notwendigen Kenntnisse und Fähigkeiten verfügt, um eine bestimmte Behandlung «lege artis» durchzuführen. Im Übrigen räumt der Beschwerdeführer selber ein, «dass der statistische Nachweis von Operations-Kompetenz im Einzelfall als Entscheidungsgrundlage für die Anwendung von Art. 41 Abs. 3 KVG aufgrund des dafür zu betreibenden Aufwandes kaum praktikabel wäre».
Im Übrigen wäre vorliegend ein klarer Fall von fachlicher Inkompetenz der Fachärzte, welche die Triple-Osteotomie nach Tönnis beim Beschwerdeführer vorgenommen hätten, zu verneinen. Dass Dr. med. L._____ und Dr. med. B._____ laut Akten bisher höchstens zehn derartige Operationen im Jahr durchgeführt haben, gibt zu keiner anderen Beurteilung Anlass. Es ist auch nicht anzunehmen, dass der Chefarzt Prof. Dr. med. G._____ diese beiden Spezialisten für den Eingriff vorgesehen hätte, wenn Zweifel an ihren persönlichen und fachlichen Fähigkeiten für eine sachgerechte Behandlung bestanden. Das muss umso mehr gelten, als beide Techniken der Beckenosteotomie, also auch die am Kantonsspital St. Gallen praktizierte Triple-Osteotomie nach Tönnis, mit den Worten des Beschwerdeführers «sehr anspruchsvolle Operationen sind, deren grosses Korrekturpotential mit einem nicht minder grossen Potential an möglichen Komplikationen einhergeht».
5.2.3 Zusammenfassend hat das kantonale Gericht zu Recht einen medizinischen Grund im Sinne von Art. 41 Abs. 2 (zweiter Satz) und Abs. 3 KVG für die im August 1998 am Inselspital Bern durchgeführte periacetabuläre Osteotomie nach Ganz verneint.

5.3 Der angefochtene Entscheid ist somit rechtens.

6.
Der Beschwerdeführer beantragt kostenlose Prozessführung oder den Verzicht auf die Erhebung von Gerichtskosten.

6.1 Im Urteil H. vom 16. Dezember 1997 (BGE 123 V 290) hat das Eidgenössische Versicherungsgericht entschieden, dass die Differenzzahlungen des Wohnkantons der versicherten Person nach Art. 41 Abs. 3 KVG nicht unter den Begriff der Versicherungsleistungen im Sinne von Art. 132 OG fallen. Diesen Zahlungen kommt Subventionscharakter zu. Es handelt sich insoweit um zweckgebundene Leistungen. Das Verfahren vor dem Eidgenössischen Versicherungsgericht ist daher grundsätzlich kostenpflichtig (Art. 134 OG e contrario; BGE 123 V 297 Erw. 3b/aa und 309 Erw. 9). In diesem Fall standen sich der Wohnkanton (Schwyz) der versicherten Person und ihr Krankenversicherer (Helsana Versicherungen AG) gegenüber.

6.2 Im Urteil H. vom 24. Juni 2003 (K 77/01), auszugsweise wiedergegeben in RKUV 2003 Nr. KV 254 S. 234 ff., hat das Eidgenössische Versicherungsgericht offen gelassen, ob die Kostenpflichtigkeit des letztinstanzlichen Verfahrens auch gilt, wenn die versicherte Person und ihr Wohnkanton als Partei und Gegenpartei am Recht stehen (RKUV a.a.O. S. 238 Erw. 7.1).
6.2.1 Durch die den Kantonen in Art. 41 Abs. 3 KVG auferlegte Differenzzahlungspflicht werden an sich zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gehende Kosten auf einen anderen Träger, nämlich die Kantone, verlagert. Es liegt eine u.a. sozialpolitisch motivierte Massnahme zur Kosteneindämmung im Bereich der stationären Krankenpflege vor (BGE 127 V 419 Erw. 3b/bb mit Hinweis auf die Materialien). Unter altem Recht hatten die Krankenkassen für Behandlung und Aufenthalt in einer nicht im Wahlrecht der versicherten Person stehenden Heilanstalt aus medizinischen Gründen die gesamten Kosten nach Massgabe der Taxen für die allgemeine Abteilung der betreffenden Einrichtung zu übernehmen (vgl. in diesem Zusammenhang BGE 127 V 142 ff. Erw. 4).

6.2.2 Die Verpflichtung des Wohnkantons der versicherten Person, einen bestimmten Teil der Kosten der ausserkantonalen Hospitalisation zu übernehmen, sofern die Dienste des betreffenden öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals aus medizinischen Gründen beansprucht werden, ist sozialversicherungsrechtlicher Natur. Es besteht insofern kein Unterschied zur Kostenübernahmepflicht der Krankenversicherer im Rahmen dieser Bestimmung. Mit anderen Worten ist in Bezug auf die dem Spital zu vergütenden Leistungen nicht danach zu differenzieren, «wer (Versicherer oder Wohnkanton) und in welchem Umfang für die Kosten der medizinisch begründeten ausserkantonalen Hospitalisation (Behandlung und Aufenthalt) aufzukommen hat» (BGE 123 V 297 f. Erw. 3b/bb).

6.3 Streitigkeiten zwischen versicherter Person und Krankenversicherer um die Vergütung von Leistungen, die der Diagnose und Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen, durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung sind grundsätzlich kostenfrei (Art. 132 OG sowie Art. 87 lit. a KVG, in Kraft gestanden bis 31. Dezember 2002, und Art. 61 lit. a ATSG). Die sozialversicherungsrechtliche Natur der Differenzzahlungspflicht des Wohnkantons der versicherten Person bei Beanspruchung der Dienste eines ausserkantonalen öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals aus medizinischen Gründen verleiht zwar dem Gemeinwesen nicht den Status eines Krankenversicherers im Sinne des Gesetzes. Das kann indessen für die Frage der Kostenpflichtigkeit des Verfahrens vor dem Eidgenössischen Versicherungsgericht für die Versicherten nicht entscheidend sein, ebenso nicht der Subventionscharakter der Zahlungen. Vielmehr ist von Bedeutung, dass die medizinisch begründete ausserkantonale Hospitalisation (Behandlung und Aufenthalt) eine Leistung im krankenversicherungsrechtlichen Sinne darstellt. Dieser Gesichtspunkt gewinnt noch an Gewicht, wenn berücksichtigt wird, dass die mit Art. 41 Abs. 3 KVG angestrebte Kosteneindämmung durch
Verlagerung der Kosten auf einen anderen Träger als die soziale Krankenversicherung grundsätzlich nichts am Vergütungsanspruch der Versicherten änderte. Die altrechtliche Ordnung (Art. 19bis Abs. 5 und Art. 23 KUVG sowie die dazu ergangene Rechtsprechung) gilt sinngemäss auch unter dem neuen Recht (BGE 127 V 138). Ganz allgemein sollte nach den Intentionen des Gesetzgebers der Katalog der Leistungen, welche im Rahmen der in Art. 32 Abs. 1 KVG statuierten Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung zu vergüten sind, verglichen mit früher zumindest nicht eingeschränkt werden (vgl. RKUV 2000 Nr. KV 138 S. 360 Erw. 3b). So besehen wäre es auch kaum verständlich, wenn der versicherten Person im Falle des Unterliegens Gerichtskosten auferlegt würden, umgekehrt der Kanton aufgrund von Art. 156 Abs. 2 OG indes von der Tragung von Gerichtskosten befreit wäre (BGE 123 V 309 Erw. 9).

6.4 Aus den vorstehenden Gründen rechtfertigt es sich, in Streitigkeiten betreffend die Auslegung und Anwendung von Art. 41 Abs. 3 KVG im letztinstanzlichen Verfahren vor dem Eidgenössischen Versicherungsgericht grundsätzlich von der Erhebung von Gerichtskosten abzusehen, wenn versicherte Person und Wohnkanton sich als Partei und Gegenpartei gegenüber stehen.

6.5 Das Verfahren ist somit kostenlos.

Demnach erkennt das Eidg. Versicherungsgericht:

1.
Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird abgewiesen.

2.
Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

3.
Dieses Urteil wird den Parteien, dem Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen und dem Bundesamt für Sozialversicherung zugestellt.
Luzern, 14. November 2003
Im Namen des Eidgenössischen Versicherungsgerichts
Der Präsident der I. Kammer: Der Gerichtsschreiber: