200 19 102 KV
SCI/BRM/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 14. Juni 2019

Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiber Braune

A._____
vertreten durch Rechtsanwalt Dr. B._____

Beschwerdeführer

gegen

Atupri Gesundheitsversicherung
Zieglerstrasse 29, 3000 Bern 65

Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 3. Januar 2019

Sachverhalt:

A.

Der 1963 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) ist bei der Atupri Gesundheitsversicherung (Atupri bzw. Beschwerdegegnerin) nach dem HMO-Modell mit einer Jahresfranchise von Fr. 300.-- obligatorisch krankenpflegeversichert (Akten der Atupri [act. II] 4).

Nachdem beim Versicherten im Juni 2018 eine klassische Haarzell-Leukämie diagnostiziert worden war, wurde die Indikation für eine Therapie mit Cladribin (Litak®) gestellt und diese vom 16. bis 21. Juli 2018 durchgeführt. Die Therapie wurde vom Leistungserbringer direkt dem Versicherten in Rechnung gestellt. Mit Schreiben vom 28. August 2018 suchte PD Dr. med. C._____, Spital D._____, bei der Atupri um nachträgliche Übernahme der Kosten für die Therapie nach; die Behandlung mit Cladribin sei im Compendium als Indikation für die Haarzell-Leukämie aufgeführt und gehöre bei dieser Form der Erkrankung zur unbestrittenen Standardtherapie. Litak® sei aber offenbar – da es sich um eine seltene Erkrankung handle – nicht in die Spezialitätenlisten (SL) aufgenommen worden (act. II bei 1).

Mit Schreiben vom 5. September 2018 lehnte die Atupri – nach Rücksprache mit ihrem Vertrauensarzt – eine Kostenübernahme aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) ab, da das Medikament Litak® nicht in der SL gelistet sei (act. II bei 1). Auf Wiedererwägungsgesuch vom 14. September 2018 hin hielt die Atupri an ihrer Auffassung fest (vgl. Schreiben vom 4. Oktober 2018) und verfügte, auf Verlange des Versicherten (Schreiben vom 31. Oktober 2018, act. II 1.2) am 30. November 2018 in ablehnendem Sinn (act. II 1.3).

Die hiergegen am 3. Dezember 2018 erhobene Einsprache (act. II 1.4) wies die Atupri mit Entscheid vom 3. Januar 2019 ab (act. II 1).

B.

Mit Eingabe vom 4. Februar 2019 liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. B._____, Beschwerde erheben mit den Anträgen, der Einspracheentscheid vom 3. Januar 2019 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer die Kosten für das Arzneimittel „Litak“ zu vergüten; eventuell sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit zurückzuweisen. Zur Begründung wird im Wesentlichen geltend gemacht, dass es sich beim Präparat Litak um ein für die Behandlung von Haarzell-Leukämie zugelassenes Arzneimittel handle, welches nicht (mehr) in der SL aufgeführt sei. Ohne Behandlung verlaufe die Krankheit tödlich, während der Einsatz des Präparates Litak bei 80% der Patienten eine komplette Remission zur Folge habe. Eine therapeutische Alternative mit vergleichbarer Wirksamkeit bestehe nicht. Unzutreffend seien zudem die Ausführungen der Beschwerdegegnerin hinsichtlich der Preisgestaltung für das Medikament Litak; als wirtschaftlich gelte nach der Rechtsprechung die kostengünstigste Behandlung mit vergleichbarem medizinischem Nutzen, was ebenfalls für das Präparat Litak spreche, da eine – nicht gleichwertige – Behandlung mit dem Wirkstoff Interferon teurer gewesen wäre. Der Vertrauensarzt der Atrupi habe denn auch die Übernahme der Kosten für das Medikament Litak im Einzelfall aus der Grundversicherung empfohlen (Beschwerdebeilage [act. I] 5). Mindestens aber habe der Beschwerdeführer in Anwendung der Regeln über die Austauschbefugnis Anspruch auf eine Vergütung in der Höhe, die für ein wirtschaftliches Arzneimittel hätte geleistet werden müssen; eine entsprechende Prüfung habe die Beschwerdegegnerin unterlassen. Schliesslich sei ein – vorliegend nicht erfolgtes – vorgängiges Gesuch um Kostengutsprache entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin nicht Leistungsvoraussetzung.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 6. März 2019 beantragt die Atrupi, die Beschwerde sei vollumfänglich abzuweisen, soweit darauf einzutreten sei. Dies im Wesentlichen mit der Begründung, infolge Streichung des Arzneimittels Litak aus der SL per 1. Februar 2018 habe nur noch eine Kassenpflicht bis Ende April 2018 bestanden, womit die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme nach den allgemeinen Regeln (Art. 32 Abs. 1 KVG

i.V.m. Art. 65 Abs. 3 KVV) nicht erfüllt seien. Entgegen der beschwerdeführerischen Auffassung komme auch keine ausnahmsweise Kostenübernahme im Einzelfall in Betracht, da die entsprechende Regelung nicht angewendet werden dürfe, wenn das fragliche Arzneimittel von der SL gestrichen worden sei. Beim Abwägen zwischen der ausnahmsweisen Übernahme eines Arzneimittels ausserhalb der Positivliste und der bestehenden kassenpflichtigen Alternative seien grundsätzlich nicht die gleichen Anforderungen an die Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit zu stellen; ansonsten würde dies zu einer Aushöhlung des Listenprinzips führen.

Am 21. März 2019 nahm der Beschwerdeführer Stellung zu den Ausführungen in der Beschwerdeantwort. Hierzu äusserte sich die Beschwerdegegnerin in ihrer Eingabe vom 3. Mai 2019.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 3. Januar 2019 (act. II 1). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Vergütung der Kosten für das Medikament Litak® durch die Beschwerdegegnerin aus der Grundversicherung.

1.3 Die Kosten des Arzneimittels für die beim Beschwerdeführer durchgeführte Behandlung belaufen sich auf rund Fr. 2‘330.-- (vgl. Beschwerde S. 7 Ziff. 20). Der Streitwert des Verfahrens liegt damit unter der massgebenden Grenze von Fr. 20‘000.--, weshalb die Beurteilung der Beschwerde in die einzelrichterliche Zuständigkeit fällt (Art. 57 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 [KVG; SR 832.10]). Diese Leistungen umfassen unter anderem die ärztlich verordneten Arzneimittel (Art. 25 Abs. 2 lit. b KVG). Ein Arzneimittel im Sinne dieser Bestimmung kann nur sein, was auch ein Arzneimittel im Sinne von Art. 4 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 15. Dezember 2000 über Arzneimittel und Medizinprodukte ist (Heilmittelgesetz [HMG]; SR 812.21; GEBHARD EUGSTER, Die obligatorische Krankenpflegeversicherung, in: ULRICH MEYER [Hrsg.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Band XIV, Soziale Sicherheit, 3. Aufl. 2016, S. 619 Rz. 693). Letztere Bestimmung definiert die Arzneimittel als Produkte chemischen oder biologischen Ursprungs, die zur medizinischen Einwirkung auf den menschlichen oder tierischen Organismus bestimmt sind oder angepriesen werden, insbesondere zur Erkennung, Verhütung oder Behandlung von Krankheiten, Verletzungen und Behinderungen.

2.2 Welche Arzneimittel die obligatorische Krankenpflegeversicherung zu übernehmen hat, ist behördlich festgelegt: Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) erlässt eine Liste der in der Rezeptur verwendeten Präparate, Wirk- und Hilfsstoffe mit Tarif; dieser umfasst auch die Leistungen des Apothekers oder der Apothekerin (Art. 52 Abs. 1 lit. a Ziff. 1 KVG). Es handelt sich um die sog. Arzneimittelliste mit Tarif (ALT), die als Anhang 4 zur Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leis-tungsverordnung, KLV; SR 832.112.31) gehört. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) erlässt eine Liste der pharmazeutischen Spezialitäten und konfektionierten Arzneimittel mit Preisen (Spezialitätenliste [SL]); diese hat auch die mit den Originalpräparaten austauschbaren preisgünstigeren Generika zu enthalten (Art. 52 Abs. 1 lit. b KVG). Als Positivlisten haben die ALT und die SL gleichzeitig abschliessenden und verbindlichen Charakter. Aufgrund des in Art. 34 Abs. 1 KVG verankerten Listenprinzips können die Krankenversicherer grundsätzlich nur die darin vorgesehenen Arzneimittel übernehmen (BGE 144 V 333 E. 3.2 S. 336; 139 V 509 E. 4.1 S. 510 f.; 136 V 396 E. 5.1 S. 398 f.; EUGSTER, a.a.O., S. 530 Rz. 407).

2.3 Ein Arzneimittel kann unter den in Art. 65 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) statuierten Voraussetzungen in die SL aufgenommen werden. Steht es nicht auf der SL, kann es ausnahmsweise trotzdem durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung vergütet werden, dies unter den Voraussetzungen des Art. 71b KVV. Gemäss dieser Bestimmung übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten eines vom Institut zugelassenen verwendungsfertigen Arzneimittels, das nicht in die SL aufgenommen ist, für eine Anwendung innerhalb oder ausserhalb der Fachinformation, wenn die Voraussetzungen nach Art. 71a Abs. 1 lit. a oder b KVV erfüllt sind.

Art. 71a Abs. 1 lit. a KVV verlangt, dass der Einsatz des Arzneimittels eine unerlässliche Voraussetzung für die Durchführung einer anderen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistung bildet und diese eindeutig im Vordergrund steht (sog. Behandlungskomplex).

Alternativ verlangt Art. 71a Abs. 1 lit. b KVV, dass vom Einsatz des Arzneimittels ein grosser therapeutischer Nutzen gegen eine Krankheit erwartet wird, die für die versicherte Person tödlich verlaufen oder schwere und chronische gesundheitliche Beeinträchtigungen nach sich ziehen kann, und wegen fehlender therapeutischer Alternativen keine wirksame und zugelassene Behandlungsmethode verfügbar ist.

2.4 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten des Arzneimittels nur auf besondere Gutsprache des Versicherers nach vorgängiger vertrauensärztlicher Konsultation (Art. 71d Abs. 1 KVV).

3.

Betreffend die Aufnahme in bzw. Streichung des Medikamentes Litak® aus der SL ist vorab auf Folgendes hinzuwiesen: Litak® war bis Ende Februar 2018 auf der SL verzeichnet und damit bis Ende April 2018 kassenpflichtig, sodass es – ohne weitere Prüfung – als kassenpflichtiges Arzneimittel verschrieben bzw. verabreicht und über die Grundversicherung abgerechnet werden konnte. Gemäss Stellungnahme des Spitals D._____ vom 14. September 2018 bzw. E-Mail der E._____ AG vom 22. November 2018 (act. II 4.1 hiernach) soll es sich für den Hersteller bzw. Vertreiber nicht mehr gelohnt haben, das Medikament in der SL aufnehmen zu lassen bzw. die Listung zu erhalten, als vom BAG eine Kostenanpassung verlangt worden sei. Die Streichung erfolgte auf Antrag des Zulassungsinhabers.

Es steht im Belieben eines Medikamentenherstellers/-vertreibers aus unternehmerischen Überlegungen die Listung seines Präparats in der SL nicht fortzuführen. Ein solches Vorgehen führt jedoch nicht dazu, dass das Medikament nunmehr unbesehen unter Verweis auf Art. 71b KVV zu vergüten wäre. Der Zulassungsinhaber kann, wenn er der Auffassung ist, die verlangte Preiskorrektur sei nicht zulässig, dies auf dem Rechtsweg prüfen lassen (statt vieler vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts [BVGer] vom 25. Oktober 2016, C-6771/2014 E.1). Dies hat er für das hier zur Diskussion stehende Arzneimittel nicht getan.

4.

4.1 Das vorliegend zur Diskussion stehende Medikament Litak® ist unbestrittenermassen vom Institut (Swissmedic) zugelassen. Es gelangte beim Beschwerdeführer innerhalb der genehmigten Fachinformation zur Anwendung. Nicht bestritten ist, dass dieses Arzneimittel nicht (mehr) in der Spezialitätenliste (SL) figuriert, d.h. nur bis Ende Februar 2018 darin aufgenommen und nur bis Ende April 2018 kassenpflichtig war.

Ob das Kostengutsprachegesuch für das Medikament grundsätzlich im Sinne eines konstitutiven Erfordernisses für die Kostenübernahme vor der Behandlung hätte eingereicht werden müssen, wie der Beschwerdeführer dem angefochtenen Einspracheentscheid zu entnehmen scheint (vgl. Beschwerde S. 8 Ziff. 23), was jedoch von der Beschwerdegegnerin nicht bestätigt wird (vgl. Beschwerdeantwort S. 3 Ziff. 15), kann im Lichte der nachfolgenden Ausführungen letztlich offen gelassen werden.

4.2 Nachdem das fragliche Medikament nicht in der SL aufgeführt ist, beurteilt sich eine allfällige Kostenübernahme nach den Bestimmungen der KVV betreffend die Vergütung von Arzneimitteln im Einzelfall. Da kein Off-Label-Use im Sinne von Art. 71a KVV vorliegt, d.h. keine Anwendung eines Arzneimittels der SL ausserhalb der genehmigten Fachinformation oder Limitierung erfolgte, sondern die Verabreichung eines für die konkrete Behandlung zugelassenen, aber nicht in der SL aufgeführten Arzneimittels zur Diskussion steht, ist die Kostenübernahme nach Art. 71b Abs. 1 KVV zu prüfen. Allerdings wird in dieser Bestimmung auf die Voraussetzungen, wie sie in Art. 71a Abs. 1 lit. a und lit. b KVV formuliert sind, verwiesen (vgl. E. 2.3 hiervor).

4.2.1 Die Voraussetzung gemäss Art. 71a Abs. 1 lit. a KVV ist nicht erfüllt, stellt die Verabreichung des Medikamentes Litak® doch keine unerlässliche Voraussetzung für die Durchführung einer anderen, von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistung dar. Gegenteiliges

ergibt sich weder aus den Akten noch wird solches vom Beschwerdeführer geltend gemacht.

4.2.2 Zu prüfen ist damit die alternative Voraussetzung gemäss Art. 71 Abs. 1 lit. b KVV, d.h. ob vom Einsatz des verabreichten Arzneimittels ein grosser therapeutischer Nutzen gegen eine Krankheit erwartet werden kann, die für die versicherte Person tödlich verlaufen oder schwere und chronische gesundheitliche Beeinträchtigungen nach sich ziehen kann, und wegen fehlender therapeutischer Alternativen keine andere wirksame und zugelassene Behandlungsmethode verfügbar ist.

Eine Heilung der zur Diskussion stehenden Erkrankung ist nicht möglich. Mittels der zur Verfügung stehenden Behandlungsmethoden kann sie jedoch in vielen Fällen zur (vorläufigen) Remission gebracht werden.

Gemäss der vom Beschwerdeführer eingereichten Publikation „Haarzellleukämie“ der Dres. med. Rudolf Benz, Jeroen S. Goede und PD Georg Stüssi, Swiss Medical Forum – Schweizerisches Medizin-Forum 2018; 18 (act. I 20), empfehlen verschiedene nationale Guidelines sowie eine kürzlich erschienene Konsensus-Publikation die Purinanaloga Cladribin oder (das in der Schweiz nicht verfügbare) Pentostatin zur Anwendung. Der – im Medikament Litak® enthaltene – Wirkstoff Cladribin werde als Erstlinientherapie empfohlen. Damit sei in der Schweiz die Monotherapie mit Cladribin die häufigste Therapieart (act. I 20 S. 586). Je nach Applikationsschema liege die Ansprechrate bei über 90% (komplette Remission [CR] 79-98%) und das progressionsfreie Überleben nach vier Jahren zwischen 50 und 88% bzw. bei einer anderen Applikationsart bei 86% (CR-Rate 51%). Die Nebenwirkungen seien bei allen Applikationsarten signifikant. Während lokale kutane Nebenwirkungen unangenehm, aber rasch reversibel seien, verliefen Infektionen wegen der schweren und lange anhaltenden Immunsuppression nicht selten gefährlich. Atypische Infektionen seien auch Wochen bis Monate nach der Therapie möglich. Von einer Heilung könne trotz hoher CR-Rate nicht ausgegangen werden und Alternativen seien gefragt, auch vor dem Hintergrund möglicher Langzeitnebenwirkungen (hierzu vgl. auch https://www.swissmedic.ch/swissmedic/de/home/humanarzneimittel/ marktueberwachung/health-professional-communication--hpc-/dhpc-litak_

10_cladribin.html). Die grösste epidemiologische Studie zeige eine deutliche Zunahme der sekundären Tumore seit dem verbreiteten Einsatz der Purinanaloga.

Demgegenüber werde Interferon gemäss den meisten Leitlinien nur noch als Therapieoption bei gleichzeitigem Infekt im Rahmen einer Neudiagnose erwähnt (vgl. auch act. II 19); als Nachteile würden vor allem die Nebenwirkungen und eine geringere Effektivität genannt, basierend auf der signifikant tieferen Remissionsrate. In der einzigen, vollständig publizierten, randomisierten Studie, die Pentostatin und Interferon vergleiche, fänden sich aber weniger Nebenwirkungen in der Interferongruppe und insbesondere auch weniger Todesfälle. Verschiedene Studien zeigten trotz der erwiesenermassen geringeren Remissionsrate eine sehr gute Langzeitkontrolle der Haarzell-Leukämie bei guter Therapietoleranz und geringer Interferondosis in der Erhaltung. Der breitere Einsatz von Interferon sei deshalb weiterhin gut vertretbar (act. I 20 S. 587).

4.3 Die behandelnden Ärzte des Spitals D._____ geben in ihren Schreiben an die Atrupi (act. II 2, 4, 6) an, die Behandlung der Haarzell-Leukämie mit dem Wirkstoff Cladribin als Standardtherapie anzuwenden, welche bisher auch von den Krankenversicherern jeweils übernommen worden sei. Die Therapie sei wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich.

4.3.1 Die das hier zur Diskussion stehende Präparat verabreichenden Ärzte verkennen mit dieser Argumentation, dass das Medikament Litak® bis Ende Februar 2018 in der SL aufgenommen war und die Vergütung der Kosten dementsprechend bis Ende April 2018 nach dem Listenprinzip als kassenpflichtiges Arzneimittel erfolgte. Mit der Diagnosestellung im Juni 2018 und der daran anschliessenden Behandlung des Beschwerdeführers liegt die Abgabe des Medikamentes ausserhalb dieses Zeitraumes. Seit Mai 2018 ist es nicht mehr kassenpflichtig. Eine standardmässige Kostenübernahme ist damit nicht mehr zulässig.

Die Kostenübernahme ist nach den – im Sinne von Ausnahmetatbeständen zurückhaltend zu interpretierenden – Verordnungsbestimmungen von Art. 71a bis 71d KVV zu prüfen. Die medizinische Studie (vgl. E. 4.2 hiervor) belegt, dass eine – den behandelnden Ärzten zweifellos bekannte – alter-

native Behandlungsmethode bestand, nämlich diejenige mit Interferon. Interferon ist in der SL aufgenommen und die Behandlungsmethode ist wirksam und zweckmässig. Gegenüber Interferon bietet die Behandlung mit Litak® keine massgeblichen Vorteile im Sinne von Art. 71b Abs. 1 i.V.m. Art. 71a Abs. 1 lit b KVV. Damit sind die Voraussetzungen für die ausnahmsweise Vergütung des zwar zugelassenen, aber nicht in der SL aufgelisteten Arzneimittels Litak®, nicht erfüllt. Für das Argument des Beschwerdeführers, es sei ihm nicht zumutbar gewesen, auf die Behandlung mit dem verabreichten Medikament zu verzichten, ergeben die Ausführungen der behandelnden Ärzte keine Anhaltspunkte. Besonderheiten, die diesen Patienten als mit anderen an der gleichen Krankheit leidenden Patienten nicht vergleichbar erscheinen liessen, werden ärztlicherseits nicht genannt. Es kann deshalb nicht gesagt werden, ohne Behandlung mit dem zur Diskussion stehenden Medikament wäre die Erkrankung für den Beschwerdeführer tödlich verlaufen oder hätte bei Betrachtung aller Vor- und Nachteile der beiden Behandlungsmethoden mit entscheidend höherem Risiko – soweit der Erkrankung nicht bereits inhärent – schwere chronische gesundheitliche Beeinträchtigungen nach sich gezogen.

4.3.2 Soweit in den Stellungnahmen des D._____ (act. I 2, 4, 6) geltend gemacht wird, das zur Diskussion stehende Medikament sei von anderen Krankenversicherern (bisher) unbürokratisch vergütet worden, erschliesst sich nicht, auf welchen Zeitpunkt sich diese Aussage bezieht, da die Streichung des Medikamentes Litak® erst wenige Monate vor der Behandlung des Beschwerdeführers erfolgte. Würden andere Krankenversicherer Litak® auch nach dessen Streichung aus der SL standardmässig vergüten, wäre dies rechtlich unzulässig. Daraus könnte der Beschwerdeführer jedoch nichts zu seinen Gunsten ableiten. Ein Anspruch auf Gleichbehandlung im Unrecht besteht nicht. Unzutreffendes Handeln anderer Krankenversicherer bindet die Beschwerdegegnerin nicht. Der Beschwerdeführer macht schliesslich auch keine abweichende Praxis der Beschwerdegegnerin selbst für andere bei dieser versicherte Personen geltend. Nach der Rechtsprechung geht der Grundsatz der Gesetzmässigkeit der Verwaltung – abgesehen von hier nicht gegebenen Ausnahmen – der Rücksicht auf die gleichmässige Rechtsanwendung vor (vgl. BGE 131 V 9 E. 3.7 S. 20, 126 V 390 E. 6a S. 392).

4.3.3 Keine Bedeutung kommt im vorliegenden Zusammenhang dem vom Beschwerdeführer zur Diskussion gestellten Vergleich der Wirtschaftlichkeit zu. Abgesehen davon, dass es dem BAG freigestanden hätte, das Arzneimittel Litak® gestützt auf Art. 70 KVV von Amtes wegen unter Festlegung des Preises in der SL zu belassen, ist die (vergleichende) Wirtschaftlichkeitsprüfung keine in Art. 71b i.V.m. Art. 71a Abs. 1 KVV enthaltene Leistungsvoraussetzung.

4.4 Schliesslich ist festzuhalten, dass entgegen der beschwerdeführerischen Auffassung (vgl. Beschwerde S. 7 Ziff. 21) beim Bezug eines nicht kassenpflichtigen Arzneimittels grundsätzlich kein Anspruch auf kompensationsweise Erstattung der Kosten eines kassenpflichtigen Medikaments, das den gleichen Zweck erfüllt, besteht. Es besteht keine Austauschbefugnis (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 1. September 2003, K 63/02).

5.

Aufgrund des Dargelegten ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 3. Januar 2019 (act. II 1) nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

6.

6.1 Verfahrenskosten sind keine zu erheben (Art. 1 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG).

6.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet der Einzelrichter:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteientschädigung zugesprochen.

3. Zu eröffnen (R):
   - Rechtsanwalt Dr. B._____ z.H. des Beschwerdeführers
   - Atupri Gesundheitsversicherung
   - Bundesamt für Gesundheit

Der Einzelrichter: Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung
Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.