

Un assureur-accidents doit prendre en charge le coût des prestations d'un fournisseur de prestations de soins à domicile admis à pratiquer, même lorsque celui-ci n'a ni signé, ni adhéré à une convention tarifaire. A juste titre, les juges fédéraux ont considéré que **l'art. 56 LAA n'a pas pour but de limiter le choix du fournisseur de prestations**, contrairement à ce qu'invoquait l'assureur-accidents, cette question étant exclusivement réglée aux art. 10 LAA et 18 OLAA. **S'agissant du tarif à prendre en considération**, le TF a précisé que, en faisant usage de l'art. 15 al. 2 OLAA par analogie, l'assureur-accidents devait rembourser les frais qu'il aurait dû prendre en charge, sur la base de la convention en vigueur.

Auteur : Guy Longchamp, avocat, chargé d'enseignement à l'Université de Neuchâtel

Beschwerde gegen das Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Graubünden vom 28. Juni 2021 (S 19 140).

Sachverhalt:

A.

Die 1958 geborene A. erlitt am 21. Juli 2007 einen Autounfall, bei dem sie sich eine inkomplette Tetraplegie (C7) zuzog. Aufgrund der lähmungsbedingten Einschränkungen ist sie dauerhaft auf Betreuungs- und Pflegemassnahmen angewiesen. Diese werden durch ihren Lebenspartner sowie durch die Spitex B. erbracht. Als zuständiger Unfallversicherer entschädigte die Helsana Unfall AG (fortan Helsana) die Hauspflege. Am 23. Januar 2019 teilte sie A. mit, ab 1. Januar 2019 dürfe sie keine Leistungen der Spitex B. mehr entschädigen, da diese dem Tarifvertrag nicht beigetreten sei. Mit Verfügung vom 6. Juni 2019 stellte die Helsana die Leistungen für den monatlichen Pflegeaufwand der Spitex B. von Fr. 1876.50 auf Ende Dezember 2018 ein, da die Pflege durch eine gegenüber dem Unfallversicherer nicht abrechnungsberechtigte Spitex erbracht worden sei. Die dagegen erhobene Einsprache wies die Helsana ab (Einspracheentscheid vom 6. November 2019).

B.

Das Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden hiess die dagegen erhobene Beschwerde der A. in dem Sinne gut, dass es den angefochtenen Einspracheentscheid vom 6. November 2019 aufhob und die Angelegenheit zur Abklärung des unfallbedingten, durch den Verein Spitex zu erbringenden Pflege- und Hilfebedarfs von A. zu Hause und gestützt darauf zu neuem Entscheid über die A. gemäss Art. 18 Abs. 1 und Abs. 2 UVV zustehenden Pflege- und Hilfekosten für die Zeit ab 1. Januar 2019 an die Helsana Unfall AG zurückwies. Im Übrigen trat es auf die Beschwerde nicht ein (Urteil vom 28. Juni 2021).

C.

Die Helsana führt Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten mit den Rechtsbegehren, in Aufhebung des angefochtenen Urteils sei der Einspracheentscheid vom 6. November 2019 zu bestätigen.

A. lässt auf Abweisung der Beschwerde schliessen. Der Verein Spitex B. hat ebenso wie das Bundesamt für Gesundheit auf eine Vernehmlassung verzichtet.

Erwägungen:

1.

1.1. Formell handelt es sich beim angefochtenen Urteil um einen Rückweisungsentscheid. Solche gelten grundsätzlich als Zwischenentscheide, welche nur unter den Voraussetzungen von Art. 92 oder 93 BGG beim Bundesgericht anfechtbar sind, auch wenn damit über materielle Teilaspekte der Streitsache entschieden wird.

1.2. Die Vorinstanz sprach der Beschwerdegegnerin mit Wirkung ab 1. Januar 2019 vom Verein Spitex B. zu erbringende und durch die Beschwerdeführerin zu entschädigende Pflege für medizinische Betreuung und Hilfe für nichtmedizinische Unterstützung zu. Im angefochtenen Rückweisungsentscheid weist die Vorinstanz die Beschwerdeführerin an, die Versicherungsleistungen festzulegen. Er dient damit ausschliesslich der Umsetzung des vorinstanzlich Angeordneten und ist daher materiell als Endentscheid zu qualifizieren. Auf die Beschwerde ist einzutreten (vgl. statt vieler: Urteil 8C_549/2021 vom 7. Januar 2022 E. 1).

2.

2.1. Mit der Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten kann namentlich die Verletzung von Bundesrecht mit Einschluss der Bundesverfassung gerügt werden (Art. 95 lit. a BGG). Das Bundesgericht wendet das Recht von Amtes wegen an (Art. 106 Abs. 1 BGG), doch prüft es unter Berücksichtigung der allgemeinen Rüge- und Begründungspflicht (Art. 42 Abs. 2 BGG) grundsätzlich nur die geltend gemachten Rechtswidrigkeiten, sofern die rechtlichen Mängel nicht geradezu offensichtlich sind (BGE 141 V 234 E. 1 mit Hinweisen). Unerlässlich ist im Hinblick auf Art. 42 Abs. 2 BGG, dass die Beschwerde auf die Begründung des angefochtenen Entscheides eingeht und im Einzelnen aufzeigt, worin eine Verletzung von Bundesrecht liegt. Die beschwerdeführende Partei soll in der Beschwerdeschrift nicht bloss die Rechtsstandpunkte, die sie im kantonalen Verfahren eingenommen hat, erneut bekräftigen, sondern mit ihrer Kritik an den als rechtsfehlerhaft erachteten Erwägungen der Vorinstanz ansetzen (BGE 140 III 86 E. 2, 115 E. 2 mit Hinweis).

2.2. Das vorliegende Beschwerdeverfahren beschlägt Pflegeleistungen im Sinne von Art. 18 UVV (nachstehende E. 3.2.1) und somit eine Sachleistung (vgl. Art. 14 ATSG). Die Ausnahmereglung des Art. 105 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 97 Abs. 2 BGG kommt daher nicht zum Tragen (BGE 147 V 35 E. 4.2 und 16 E. 4.1.1; 146 V 364 E. 2.2). Vielmehr bleibt das Bundesgericht hier nach Art. 105 Abs. 1 BGG an die vorinstanzliche Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts gebunden (Art. 97 Abs. 2 und Art. 105 Abs. 3 BGG Umkehrschluss; vgl. BGE 135 V 412). Es kann diese Sachverhaltsfeststellung nur berichtigen oder ergänzen, wenn sie offensichtlich unrichtig ist oder auf einer Rechtsverletzung im Sinne von Art. 95 BGG beruht und wenn die Behebung des Mangels für den Ausgang des Verfahrens entscheidend sein kann (Art. 97 Abs. 1 Art. 105 Abs. 2 BGG; vgl. Urteil 8C_281/2018 vom 25. Juni 2018 E. 1.2).

3.

3.1. Der Streit dreht sich um die Frage, ob die Vorinstanz zu Recht verneinte, dass die Beschwerdeführerin gegenüber der Beschwerdegegnerin die Kostenübernahme von erbrachten Leistungen nach Art. 18 UVV (nachstehende E. 3.2.1) verweigern kann. Es ist dabei nicht strittig, dass die Beschwerdegegnerin Anspruch auf Heilbehandlungen und Pflegeleistungen (Art. 10-13 UVG) hat, sprach ihr doch die Beschwerdeführerin gestützt auf Art. 21 Abs. 1 lit. d UVG (Heilbehandlung nach Festsetzung der Rente) entsprechende Leistungen zu. Ebenfalls steht ausser Frage, dass die leistungserbringende Spitex B. zur Tätigkeit zulasten der Unfallversicherung zugelassene Organisation im Sinne von Art. 51 KVV ist (Art. 53 Abs. 2 UVG in Verbindung mit Art. 18 Abs. 1 UVV; vgl. nachstehende E. 3.2.1). Sie ist aber keine Vertragsorganisation, da der gesamte Spitex Verband des Kantons Graubünden, somit auch die Spitex B., dem Spitex-Vertrag nicht angehört.

3.2.

3.2.1. Art. 18 Abs. 1 UVV (in der seit 1. Januar 2017 geltenden Fassung) sieht vor, dass die versicherte Person Anspruch auf ärztlich angeordnete medizinische Pflege zu Hause hat, sofern diese durch eine nach den Art. 49 und 51 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) zugelassene Person oder Organisation durchgeführt wird. Gemäss Art. 18 Abs. 2 lit. a UVV leistet der Versicherer einen Beitrag an ärztlich angeordnete medizinische Pflege zu Hause durch eine nicht zugelassene Person, sofern diese Pflege fachgerecht ausgeführt wird. Einen Beitrag an nichtmedizinische Hilfe zu Hause leistet der Versicherer, soweit diese nicht durch die Hilflosenentschädigung nach Art. 26 UVG abgegolten ist (Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV).

3.2.2. Gemäss dem im 2. Kapitel unter dem Titel "Zusammenarbeit und Tarife" stehenden Art. 56 Abs. 1 UVG können die Versicherer "mit den Medizinalpersonen, den medizinischen Hilfspersonen, den Spitälern, den Kuranstalten sowie den Transport- und Rettungsunternehmen vertraglich die Zusammenarbeit regeln und die Tarife festlegen. Sie können die Behandlung der Versicherten ausschliesslich den am Vertrag Beteiligten anvertrauen. Wer im ambulanten Bereich die Bedingungen erfüllt, kann dem Vertrag beitreten". In der französischen und italienischen Textfassung lautet die Bestimmung: "Les assureurs peuvent passer des conventions avec les personnes exerçant une activité dans le domaine médical, le personnel paramédical, les hôpitaux, les établissements de cure et les entreprises de transport ou de sauvetage afin de régler leur collaboration et de fixer les tarifs. Ils peuvent confier le traitement des assurés aux seuls signataires de ces conventions. Quiconque remplit les conditions posées dans le secteur ambulatoire peut adhérer à ces conventions." resp. "Gli assicuratori possono stipulare convenzioni con le persone esercitanti una professione sanitaria, con il personale paramedico, con gli ospedali e con le case di cura nonché con le imprese di trasporto e di salvataggio, al fine di regolare la collaborazione e fissare le tariffe. Essi possono affidare la cura degli assicurati esclusivamente ai convenzionati. L'adesione alla convenzione è aperta a chiunque soddisfi le condizioni richieste nell'ambito ambulatorio".

3.2.3. Für die Vergütung der ambulanten Behandlung schliessen die Versicherer mit den Medizinalpersonen, den medizinischen Hilfspersonen, den Spitälern und den Kuranstalten sowie den Transport- und Rettungsunternehmen Zusammenarbeits- und Tarifverträge auf gesamtschweizerischer Ebene ab. Die Einzelleistungstarife beruhen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen (Art. 70b Abs. 1 UVV).

Der am 1. Januar 2019 gestützt darauf in Kraft getretene, hier interessierende Spitex-Tarifvertrag wurde abgeschlossen zwischen dem Verband Spitex Schweiz, dem Verband Association Spitex privée

Suisse (ASPS) und der Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK), der Militärversicherung (MV) und der Invalidenversicherung (IV).

4.

Die Beschwerdeführerin stellt sich auf den Standpunkt, es handle sich - entgegen der vorinstanzlichen Auffassung - nicht um eine Tarifstreitigkeit zwischen ihr und der Leistungserbringerin. Streitig sei die Anwendbarkeit von Art. 56 Abs. 1 Satz 2 UVG gegenüber der Beschwerdegegnerin. Die Vorinstanz habe in Verletzung des rechtlichen Gehörs nicht begründet, weshalb diese Bestimmung im Verhältnis zur Beschwerdegegnerin nicht anwendbar sei und deren Wahlrecht bezüglich des Leistungserbringers nicht eingeschränkt werden könne. Art. 56 Abs. 1 Satz 2 UVG ermögliche es dem Unfallversicherer, nur jenen (zugelassenen) Leistungserbringern die Behandlung der Versicherten anzuvertrauen, mit denen ein Tarifvertrag bestehe. Die Bestimmung wäre obsolet, wenn die Zulassung des Leistungserbringers einzige Voraussetzung für die Vergütung der Kosten wäre.

5.

Eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör resp. der Begründungspflicht durch die Vorinstanz ist zu verneinen, wenn eine sachgerechte Anfechtung ihres Urteils möglich war (vgl. BGE 142 III 433 E. 4.3.2 mit Hinweisen). Das trifft hier zu, weshalb der entsprechende Einwand (vorstehende E. 4) fehl geht.

6.

6.1. Das Gesetz ist in erster Linie nach seinem Wortlaut auszulegen (grammatikalische Auslegung). Ist der Text nicht ganz klar und sind verschiedene Auslegungen möglich, so muss der Richter unter Berücksichtigung aller Auslegungselemente nach der wahren Tragweite der Norm suchen. Dabei hat er insbesondere den Willen des Gesetzgebers zu berücksichtigen, wie er sich namentlich aus den Gesetzesmaterialien ergibt (historische Auslegung). Weiter hat der Richter nach dem Zweck, dem Sinn und den dem Text zugrunde liegenden Wertungen zu forschen, namentlich nach dem durch die Norm geschützten Interesse (teleologische Auslegung). Wichtig ist auch der Sinn, der einer Norm im Kontext zukommt, und das Verhältnis, in welchem sie zu anderen Gesetzesvorschriften steht (systematische Auslegung). Das Bundesgericht befolgt bei der Auslegung von Gesetzesnormen einen pragmatischen Methodenpluralismus und lehnt es ab, die einzelnen Auslegungselemente einer Prioritätsordnung zu unterstellen (BGE 146 V 224 E. 4.5.1; 146 V 95 E. 4.3.1; je mit Hinweisen).

6.2.

6.2.1. Der Wortlaut von Art. 56 Abs. 1 Satz 2 UVG (vorstehende E. 3.2.2) lässt grundsätzlich die Auffassung der Beschwerdeführerin zu, wonach sie nicht verpflichtet ist, die angefallenen Kosten für die angeordnete medizinische Pflege zu Hause durch eine zugelassene, aber dem mit dem Verband Spitex Schweiz bestehenden Tarifvertrag nicht beigetretenen Organisation zu vergüten.

6.2.2. Mit Blick auf den Normzweck ergibt sich weiter, dass nur die nach Art. 53 UVG zugelassenen Organisationen zulasten der Unfallversicherer tätig werden dürfen, wobei der Bundesrat die Voraussetzungen festlegt, unter denen die Spitäler und Kuranstalten, die medizinischen Hilfspersonen, die Laboratorien sowie die Transport- und Rettungsunternehmen zur Tätigkeit zulasten der Unfallversicherung zugelassen werden (Art. 53 Abs. 2 UVG; KURT PÄRLI/LAURA KUNZ, Basler Kommentar, Unfallversicherungsgesetz, 2019, N. 9 zu Art. 56 UVG). Auf dieser Basis

verweist Art. 18 Abs. 1 UVV bezüglich der Zulassung für die Erbringung der ärztlich angeordneten medizinischen Pflege zu Hause auf Art. 49 und 51 KVV (vgl. vorstehende E. 3.1 u. E. 3.2.1).

Der versicherten Person steht unter den zugelassenen Organisationen das Wahlrecht nach Art. 10 Abs. 2 UVG zu. Unter der Annahme, dass das Zustandekommen und die Anwendung von Zusammenarbeits- und Tarifverträgen mit Vertragsorganisationen (auch im ambulanten Bereich) die Regel bildet (vgl. nachstehende E. 6.2.3.1), richtet sich die Höhe der Entschädigungspflicht des Unfallversicherers nach der Tarifvereinbarung. Es gilt eine einheitliche Vergütung für alle Versicherten, indem die gleichen Taxen zu berechnen sind (Art. 56 Abs. 4 UVG). Dass die zugelassenen Leistungserbringer regelmässig auch Mitglieder von Vertragsorganisationen sind, spiegelt sich auch insofern in Art. 12 Abs. 4 Spitex-Tarifvertrag wider, als erbrachte Leistungen von Nichtvertragsorganisationen von den Versicherern grundsätzlich nicht vergütet werden. Das verwendete Wort "grundsätzlich" relativiert die Aussage aber und lässt Ausnahmen zu.

Herrscht dennoch ein vertragsloser Zustand, liegt es in der bundesrätlichen Kompetenz, die erforderlichen Vorschriften nach Anhörung der Parteien zu erlassen (Art. 56 Abs. 3 UVG). Damit soll das Funktionieren der Unfallversicherung gewährleistet werden, und sich ein tarifloser Zustand nicht zuungunsten der Versicherten auswirken. Gleichzeitig darf die Regelung des Bundesrates weder für den Leistungserbringer noch den Unfallversicherer von Vorteil sein (PÄRLI/KUNZ, a.a.O., N. 24 zu Art. 56 UVG).

6.2.3.

6.2.3.1. Was die Gesetzesmaterialien angeht, wird zu Art. 56 UVG in der bundesrätlichen Botschaft vom 18. August 1976 zum Bundesgesetz über die Unfallversicherung (BBl 1976 III 205 Ziff. 404.2) erläutert, dass die Versicherungsträger im Interesse einer geordneten und nicht allzu kostspieligen Durchführung die Behandlung der Verunfallten ausschliesslich Medizinalpersonen und Heilanstalten übertragen können, mit denen sie die Zusammenarbeit geregelt und die Tarife festgelegt haben. Dies wirke sich in der Praxis kaum einschränkend auf die Wahlfreiheit aus, da erfahrungsgemäss fast alle Medizinalpersonen und Heilanstalten den Verträgen mit den Versicherungsträgern beitreten würden.

6.2.3.2. Daraus erhellt, dass im Zentrum des gesetzgeberischen Willens die vertragliche Regelung der Zusammenarbeit und der Tarife zwischen Leistungserbringer und Unfallversicherer steht, mit dem Ziel einer effektiven Zusammenarbeit und einer möglichst kostengünstigen Behandlung. Indem der Gesetzgeber davon ausging, dass fast alle Leistungserbringer den Tarifverträgen beitreten würden, beabsichtigte er jedenfalls nicht, die Wahlfreiheit der Versicherten hinsichtlich Leistungserbringer wesentlich einzuschränken. Mit dieser sich aus den Materialien ergebenden Regelungsabsicht des Gesetzgebers wäre es nicht vereinbar, die Leistungs- bzw. Kostenvergütungspflicht des Unfallversicherers gänzlich zu verneinen, wenn der Leistungserbringer kein Tarifvertragspartner ist. Die Ansicht der Beschwerdeführerin stimmt demnach nicht mit dem Willen des Gesetzgebers überein.

6.2.4.

6.2.4.1. Die gesetzessystematische Einordnung dieser Bestimmung macht überdies deutlich, dass weder Art. 56 UVG noch Tarifverträge normative Vorgaben über die Leistungspflicht der Versicherungsträger beinhalten, wie die Vorinstanz bereits zutreffend darlegte. Die normativen Voraussetzungen zur Leistungspflicht des Unfallversicherers für Hilfe und Pflege zu Hause regeln vielmehr Art. 10 UVG in Verbindung mit Art. 18 UVV. Der Umstand, dass die Spitex B. dem Spitex-Tarifvertrag nicht beigetreten ist, beeinträchtigt ihre Eigenschaft als Leistungserbringerin im Sinne von Art. 18 UVV daher nicht. Ebenso wenig werden dadurch die gesetzlich und auf Verordnungsstufe

geregelten Pflichtleistungen des Unfallversicherers tangiert (vgl. THOMAS GÄCHTER/SARAH HACKLEONI, in: Basler Kommentar, Unfallversicherungsgesetz, 2019, N. 6 zu Art. 56 UVG mit Hinweis auf BGE 110 V 187 E. 4).

6.2.4.2. Die von der Beschwerdeführerin vertretene Ansicht einer fehlenden Vergütungspflicht mangels Tarifvereinbarung mit der Spitex B. zöge einen Eingriff in die normativen Regelungen über die Versicherungsansprüche gemäss Art. 18 UVV nach sich und hätte zur Folge, dass eine eigentliche Zusammenarbeits- und Tarifstreitigkeit mit dem Leistungserbringer auf Kosten der leistungsberechtigten Versicherten ausgetragen würde, was nach dem Gesagten nicht angeht.

6.3. In tatsächlicher Hinsicht kommt hinzu, dass die Beschwerdegegnerin in ihrem Wahlrecht des Leistungserbringers nicht nur deutlich eingeschränkt ist, sondern bezüglich der benötigten Pflege zu Hause überhaupt kein Wahlrecht besitzt, da, wie sie bereits vorinstanzlich einwendete, die übrigen vor Ort tätigen (privaten) Spitexorganisationen keine Kapazitäten aufweisen würden, um die notwendigen Pflegeleistungen zu erbringen. Diesen Umstand bestreitet die Beschwerdeführerin nicht. Alternativen zu dieser drohenden Versorgungslücke zeigt sie nicht auf.

6.4. Der Wortlaut von Art. 56 Abs. 1 Satz 2 UVG drückt somit den Willen des Gesetzgebers insoweit nicht aus, als dieser es dem Unfallversicherer nicht erlauben wollte, die Kostenübernahme für die erbrachten Pflegeleistungen zu verweigern, sofern diese nicht von einer Vertragsorganisation erbracht wurden. Die Interpretation der Beschwerdeführerin von Art. 56 Abs. 1 Satz 2 UVG liesse sich mit der Entstehungsgeschichte, dem Sinn und Zweck der Norm, der systematischen Einordnung wie auch mit dem Grundsatz der Verhältnismässigkeit nicht vereinbaren. Mit Blick auf dieses eindeutige Ergebnis bestehen hinreichende Anhaltspunkte, um vom Wortlaut abzuweichen. Das mit der Formulierung von Art. 56 Abs. 1 Satz 2 UVG grundsätzlich eingeräumte Auswahlermessen des Unfallversicherers kann jedenfalls dann nicht zum Tragen kommen, wenn die versicherte Person ihrerseits insofern kein Wahlrecht nach Art. 10 Abs. 2 UVG besitzt, als eine Leistungserbringung durch eine andere zugelassene Organisation, die zusätzlich dem Spitex-Tarifvertrag beigetreten ist, nicht gewährleistet werden kann. Das Auswahlermessen des Unfallversicherers nach Art. 56 Abs. 1 Satz 2 UVG kann mit Blick auf das Dargelegte nur dann ausgeübt werden, wenn im konkreten Einzelfall überhaupt zugelassene Vertragsorganisationen zur Wahl stehen.

Aus dem Wortlaut von Art. 56 Abs. 1 Satz 2 UVG ergibt sich demnach nicht, dass, sofern keine zugelassene und dem Spitex-Tarifvertrag unterstehende Organisation die erforderliche Leistung erbringen kann, die Vergütungspflicht des Unfallversicherers für Pflegeleistungen nach Art. 18 Abs. 1 UVV dahinfällt. Insofern ist der Wortlaut von Art. 56 Abs. 1 Satz 2 UVG im Verhältnis zu seinem Zweck zu weit gefasst und in teleologischer Reduktion im Sinne des Erwogenen restriktiv zu interpretieren (vgl. BGE 143 II 268 E. 4.3.1; 141 V 191 E. 3; 140 I 305 E. 6.2; 131 V 242 E. 5.2).

6.5. Zusammenfassend hat die Spitex B. berechtigterweise Leistungen zu Lasten der Beschwerdeführerin erbracht, wobei ihr unfallversicherungsrechtlicher Status als zugelassene Leistungserbringerin durch den fehlenden Vertragsbeitritt nicht tangiert wird. Dasselbe gilt für den Anspruch auf Versicherungsleistungen der Beschwerdegegnerin im Verhältnis zur Beschwerdeführerin.

7.

7.1. Was die Höhe der zustehenden Kostenvergütung betrifft, wies die Vorinstanz die Sache zur Festsetzung der geschuldeten Leistung an die Beschwerdeführerin zurück, die sich hierzu an den einschlägigen Tarifen bzw. (kantonal-) rechtlichen Vorgaben, die ab Januar 2019 galten, zu orientieren habe. Es gilt Folgendes zu präzisieren:

7.1.1. Art. 70b UVV enthält keine Regelung für den Fall, dass der zugelassene Leistungserbringer nicht Vertragsorganisation ist und damit keine Tarifvereinbarung zwischen diesem und dem Unfallversicherer besteht (vgl. vorstehende E. 3.2.3).

7.1.2. Kurz zu beleuchten ist die Situation bei vertragslosem Zustand. Wie bereits dargelegt (vorstehende E. 6.2.2), ist es diesfalls am Bundesrat, entsprechende Vorschriften zu erlassen. Hiervon machte dieser einzig Gebrauch mit dem Erlass der Verordnung über die Tarife der Heil- und Kuranstalten in der Unfallversicherung vom 17. September 1986 (SR 832.206.2). Darin erklärt er in deren Art. 1 die mit der Suva vereinbarte Zusammenarbeits- und Tarifordnung für massgebend bei Fehlen eines Vertrags nach Art. 56 Abs. 1 UVG zwischen Versicherern und Heil- oder Kuranstalten. Es finden sich überdies punktuelle Interventionen des Bundesrates bei ambulanten Leistungen stationärer Leistungserbringer (GÄCHTER/HACK-LEONI, a.a.O., FN 28 zu Art. 56 UVG mit Verweis auf JEAN-MAURICE FRÉSARD/MARGIT MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 3. Aufl. 2016, S. 1079 N. 669).

7.1.3. In Bezug auf die Behandlung im Spital hält Art. 15 Abs. 1 UVV (in Kraft seit 1. Januar 2017) fest, dass der Versicherte Anspruch auf Behandlung, Verpflegung und Unterkunft in der allgemeinen Abteilung eines Spitals hat (Art. 68 Abs. 1 UVV), mit dem ein Zusammenarbeits- und Tarifvertrag abgeschlossen wurde. Bei einem Leistungserbringer ohne Tarifvereinbarung ist Art. 15 Abs. 2 UVV einschlägig: Begibt sich der Versicherte in eine andere als die allgemeine Abteilung oder in ein anderes Spital, so übernimmt die Versicherung die Kosten, die ihr bei der Behandlung in der allgemeinen Abteilung dieses oder des nächstgelegenen entsprechenden Spitals nach Abs. 1 erwachsen wären. Das Spital hat nur Anspruch auf die Erstattung dieser Kosten (siehe ferner zum Wahlrecht: FRÉSARD/MOSER-SZELESS, a.a.O., S. 1078 N. 665).

7.2. Für den ambulanten Pflegebereich drängt sich ein analoges Vorgehen auf, zumal kein vertragsloser Zustand herrscht. Entsprechend dieser Regelung hat daher die Spitex B. in Bezug auf Tarifhöhe und Berechnung eine Abrechnung nach dem bestehenden Spitex-Tarifvertrag hinzunehmen. Wie die Vorinstanz unter Hinweis auf BGE 147 V 16 E. 9.4 daher zutreffend erwog, wird sich die Beschwerdeführerin hinsichtlich der Kostenvergütung für die strittige Hauspflege im Rahmen von Art. 18 Abs. 1 UVV an den einschlägigen Tarifen und allfälligen kantonalrechtlichen Vorgaben zu halten haben, die ab 1. Januar 2019 galten. Eine willkürliche oder sonstwie bundesrechtswidrige Rechtsanwendung liegt insgesamt nicht vor. Damit hat es beim vorinstanzlichen Urteil sein Bewenden.

8.

Die Gerichtskosten werden der unterliegenden Beschwerdeführerin auferlegt (Art. 66 Abs. 1 BGG). Des Weiteren hat sie der Beschwerdegegnerin eine Parteientschädigung zu bezahlen (Art. 68 Abs. 2 BGG).

Demnach erkennt das Bundesgericht:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

3.

Die Beschwerdeführerin hat die Beschwerdegegnerin für das bundesgerichtliche Verfahren mit Fr. 2800.- zu entschädigen.

4.

Dieses Urteil wird den Parteien, dem Verein Spitex B., dem Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden, 2. Kammer, und dem Bundesamt für Gesundheit schriftlich mitgeteilt.