

Aktenzeichen:
3 O 29/19



Landgericht Offenburg

Fog Nr.	Fam Nr.	Fog Nr.	Fam Nr.	VW	Akten Nr.	MW Nr.
RA	EINGEGANGEN					Ketel Nr.
Buch halt	13. NOV. 2019					BT
zu Ordnung	[REDACTED]					ed
erh.	[REDACTED]					Stich

Im Namen des Volkes

Urteil

In dem Rechtsstreit

[REDACTED]
- Kläger -

Prozessbevollmächtigte:
[REDACTED]

gegen

[REDACTED]
- Beklagte -

Prozessbevollmächtigte:
[REDACTED]

wegen Forderung

hat das Landgericht Offenburg - 3. Zivilkammer - durch die Vorsitzende Richterin am Landgericht [REDACTED] den Richter am Landgericht [REDACTED] und den Richter [REDACTED] aufgrund der mündlichen Verhandlung vom 23.09.2019 für Recht erkannt:

1. Die Beklagte wird verurteilt, an den Kläger 7.282,68 € nebst Zinsen hieraus in Höhe von 5

Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit 25.06.2018 sowie vorgerichtliche anwaltliche Kosten in Höhe von 837,76 € nebst Zinsen hieraus in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit 08.02.2019 zu zahlen.

2. Die Beklagte hat die Kosten des Rechtsstreits zu tragen.
3. Das Urteil ist gegen Sicherheitsleistung in Höhe von 110 % des jeweils zu vollstreckenden Betrags vorläufig vollstreckbar.

Beschluss

Der Streitwert wird auf 7.282,68 € festgesetzt.

Tatbestand

Der Kläger begehrt von der Beklagten Vergütungsansprüche aus stationärer Behandlung eines bei der Beklagten krankheitskostenversicherten Patienten.

Zwischen den Parteien besteht ein so genannter Klinikcard-Vertrag, aufgrund dessen der Kläger die für den betreffenden Patienten erbrachten Leistungen unmittelbar von der Beklagten verlangen kann. Abzurechnen ist dabei nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) mittels der entsprechenden Kodierrichtlinien.

Der bei der Beklagten versicherte Patient wurde im Zeitraum vom 22.01.2018 bis 06.02.2018 im [REDACTED] dessen Rechtsträger der Kläger ist, wegen eines Darmverschlusses bei Verwachsungsbauch operativ versorgt. Der Blutzucker wurde postoperativ mittels Insulinperfusor gesteuert, da der Patient infolge einer pyloruserhaltenden Pankreaskopfresektion im Jahr 2010 an einem Insulinmangel (Hypoinsulinämie) und somit an einem Diabetes mellitus litt. Er verfügte über keinerlei eigene Insulinproduktion mehr.

Wegen der Einzelheiten wird auf Krankenunterlagen (Anlagenkonvolut BLD 2, den Blutzuckerverlaufsbogen, Anlage K 5, sowie die Verlaufskurve vom 23.01.2018 Anlage K 6) Bezug genommen.

Der Kläger rechnete gegenüber der Beklagten mit der DRG (Diagnosis Related Groups, zu Deutsch: diagnosebezogene Fallpauschalen) G04Z ab, was unstreitig einem Abrechnungsbetrag von 14.264,62 € entspricht. Dabei hat er einen ICD- Code aus E. 13.91 gefolgt von E. 89.1 ver-

wendet.

Demgegenüber hat die Beklagte lediglich einen Betrag in Höhe von 6.981,94 € an den Kläger gezahlt, da nach ihrer Auffassung nach der DRG G21B unter Verwendung des ICD-Codes 13.91 als Nebendiagnose bezüglich des Diabetes mellitus (vgl. Anlagenheft Beklagter, dort AS 119) abzurechnen ist. Die Höhe des Abrechnungsbetrags in Höhe von 6.981,94 € bei Annahme der DRG G21B ist unstreitig.

Die einschlägige DRG wird mittels eines Rechenprogramms (Algorithmus), dem sogenannten Grouper, ermittelt. Entscheidend für die Auswahl der DRG sind dabei die Anknüpfungstatsachen, die dem Rechenprogramm vorgegeben werden.

Dabei ist zwischen den Parteien im Streit, ob bei den als Anknüpfungstatsachen zugrunde zu liegenden Diagnosen, welche nach den einschlägigen Kodierrichtlinien definiert werden, auch die Nebendiagnose E 89.1 (ICD-10-GM) 2018 zu verwenden ist, was bejahendenfalls unstreitig zu der vom Kläger vorgenommenen Abrechnung nach der DRG G04Z führt.

Nach D003I der Deutschen Kodierrichtlinien 2018 ist eine Nebendiagnose definiert als: *Eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt.*

Zur Annahme einer Nebendiagnose ist unter D003I weiter festgelegt, dass für Kodierungszwecke Nebendiagnosen als Krankheiten interpretiert werden müssen, die das Patientenmanagement in der Weise beeinflussen, dass irgendeiner der folgenden Faktoren erforderlich ist: therapeutische Maßnahmen, diagnostische Maßnahmen, erhöhter Betreuungs-, Pflege-, und/oder Überwachungsaufwand. Davon abzugrenzen sind anamnestische Befunde, die das Patientenmanagement nicht beeinflusst haben und nicht kodierfähig sind.

Die Nebendiagnose E 89.1 (ICD-10-GM) 2018 ist definiert als:

Hypoinsulinämie nach medizinischen Maßnahmen

Hyperglykämie nach Pankreatektomie

Postoperative Hypoinsulinämie

Ein pankreopräver Diabetes mellitus ist zunächst mit einer Schlüsselnummer aus E 13.- zu kodieren.

E 13.- (ICD-10-GM) 2018 legt u.a. fest:

Inkl.: Pankreopriver Diabetes mellitus

Exkl.: Postoperative Hypoinsulinämie, außer pankreopriver Diabetes mellitus (E 89.1)

E.13.91 ist definiert als:

sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus ohne Komplikationen, als entgleist bezeichnet.

Die ebenfalls maßgeblichen Deutschen Kodierrichtlinien 2018 legen auf S. 80 (Anlagenheft Kläger, dort As 19) fest:

Bei Vorliegen eines Diabetes mellitus nach medizinischen Maßnahmen ist zunächst ein Kode aus

E 13.- Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus

Inkl.: Pankreopriver Diabetes mellitus

gefolgt von dem Kode

E 89.1 Hypoinsulinämie nach medizinischen Maßnahmen

zu verschlüsseln.

Der Kläger ist verfolgt mit der Klage den Differenzbetrag in Höhe von 7.282,68 € zwischen seiner Abrechnung und der durch die Beklagte erfolgten Zahlung sowie vorgerichtliche Rechtsanwaltskosten in Höhe von 837,76 € (1,5-Gebühr aus einem Gegenstandswert von 7.282,68 € einschließlich Pauschale und MwSt.).

Der Kläger ist der Auffassung, die Nebendiagnose E 89.1 sei neben der Nebendiagnose E13.91 einschlägig. Während seines Aufenthaltes sei der Patient kontinuierlich wegen Insulinmangels und der Blutzuckerentgleisung sowohl kontrolliert als auch behandelt worden, indem Insulin subkutan substituiert und appliziert wurde. Dies stelle auch bei Verwendung eines Insulinperfusors einen entsprechenden Ressourcenverbrauch dar.

Der Kläger beantragt, die Beklagte zu verurteilen,

1. an ihn 7.282,68 € nebst Zinsen hieraus in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basis-

zinssatz seit dem 25.06.2018 zu bezahlen.

2. an ihn weiterhin vorgerichtliche anwaltliche Kosten in Höhe von 837,76 € nebst Zinsen hieraus in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Klageerhebung zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte meint, die Nebendiagnose E 89.1 sei nicht dokumentiert. Der Blutzucker sei allein mittels Insulinperfusors gesteuert worden, es seien auch keine Komplikationen aufgetreten, weshalb die Nebendiagnose mangels zusätzlichen Ressourcenverbrauchs nicht einzustellen sei, vielmehr die Nebendiagnose E13.91 den Diabetes mellitus und die diesbezüglich erfolgte Behandlung des Patienten abdecke. Es sei auch kein erhöhtes Patientenmanagement wegen des Diabetes mellitus vonnöten gewesen. Zudem müsse für die Annahme der streitigen Nebendiagnose, was Sinn und Zweck der Kodierrichtlinien entspreche, diese durch die im Behandlungszeitraum erfolgten medizinischen Maßnahmen bedingt sein, also die Operation des Patienten, was aber nicht erfüllt sei, da die Pankreaskopfresektion schon im Jahr 2010 erfolgt sei, der Insulinmangel also nicht im Zusammenhang mit der operativen Versorgung des Darmverschlusses stehe.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die von den Parteien zur Akte gereichten Schriftsätze nebst Anlagen sowie das Verhandlungsprotokoll vom 23.09.2019 (AS 95 ff.) Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

A. Die Klage ist zulässig und begründet.

I. Der Kläger kann von der Beklagten restliche Vergütungsansprüche in Höhe von 7.282,68 € nach §§ 7, 1, 9 KHEntgG verlangen.

1. Der Kläger kann die Vergütungsansprüche aus der Behandlung des betreffenden Patienten direkt gegenüber der Beklagten geltend machen, da dies der Abrede im Klinikcard-Vertrag zwischen den Parteien entspricht.

2. Der Kläger kann die Nebendiagnose ICD E89.1 zur Kodierung verwenden, sodass sich ein restlicher Vergütungsanspruch in Höhe von 7.282,68 € ergibt.

a) Die Anwendung der Deutschen Kodierrichtlinien und der FPV-Abrechnungsbestimmungen einschließlich des ICD-10-GM ist nicht automatisiert und unterliegt als Mitsteuerung der prozesshaften Tatbestandsbildung im Zusammenspiel mit den Vorgaben zertifizierter Gruppen Ihrerseits grundsätzlich den allgemeinen Auslegungsmethoden der Rechtswissenschaft. Die Abrechnungsbestimmungen sind gleichwohl wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems eng am Wortlaut orientiert und unterstützt durch systematische Erwägungen auszulegen. Eine systematische Interpretation der Vorschriften kann lediglich im Sinne einer Gesamtschau der im inneren Zusammenhang stehenden Bestimmungen des Regelwerks erfolgen, um mit ihrer Hilfe den Wortlaut der Leistungslegende klarzustellen (Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 22. März 2017 – L 5 KR 4740/15 –, Rn. 24, juris). Eine Vergütungsregelung, die für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehen ist, kann ihren Zweck nur erfüllen, wenn sie allgemein streng nach ihrem Wortlaut sowie den dazu vereinbarten Anwendungsregeln gehandhabt wird und keinen Spielraum für weitere Bewertungen sowie Abwägungen belässt. Demgemäß sind Vergütungsregelungen stets eng nach ihrem Wortlaut und allenfalls ergänzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen. Da das DRG-basierte Vergütungssystem vom Gesetzgeber als jährlich weiterzuentwickelndes und damit „lernendes“ System angelegt ist (§ 17b Abs. 2 Satz 1 KHG), sind bei zutage tretenden Unrichtigkeiten oder Fehlsteuerungen in erster Linie die Vertragsparteien berufen, dies mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen (LSG Baden-Württemberg Ur. v. 25.6.2019 – L 11 KR 1649/17, BeckRS 2019, 13534, beck-online, Rn. 27 m. w. N.).

b) Bei Anlegung dieser Maßstäbe greift bei der gebotenen engen, wortlautorientierten und systematischen Auslegung der Kodierrichtlinien die ICD E89.1 als Nebendiagnose.

aa) Entgegen der Auffassung der Beklagten liegen zur Überzeugung der Kammer (§ 286 ZPO) die Voraussetzungen zur Annahme einer Nebendiagnose in Gestalt von therapeutischen Maßnahmen, diagnostischen Maßnahmen sowie eines erhöhten Betreuungs- und Überwachungsaufwandes vor.

(1) Es ist unstreitig, dass der Kläger nach der Entfernung des Pankreas (Bauchspeicheldrüse) im Jahr 2010 über keine eigene Insulinproduktion mehr verfügte, sodass

der Patient während seines stationären Aufenthalts bei dem Kläger mit einem Insulinperfusor versorgt werden musste. Bereits die Zurverfügungstellung dieses medizinischen Gerätes zur Versorgung des Patienten stellt entgegen der Auffassung der Beklagten einen tatsächlichen Ressourcenverbrauch in Gestalt von therapeutischen Maßnahmen dar. Mit diesem wird Insulin verabreicht, was gleichfalls einen Ressourcenverbrauch beinhaltet.

(2) Der Kläger hat diagnostische Maßnahmen sowie einen erhöhten Betreuungs- und Überwachungsaufwand erbracht. Durch die Vorlage der Verlaufskurve vom 23.01.2018 (Anlage K 6) hat der Kläger nachgewiesen, dass am 23.01.2018 Blutzuckermessungen durchgeführt, Insulin einmal konventionell mit drei Einheiten und vier Einheiten und einmal über den Perfusor mit variablen Mengen verabreicht wurde (vgl. Anlagen K 5, K6, Schriftsatz vom 18.04.2019, S. 3, AS 63). Dies stellt diagnostische Maßnahmen sowie einen erhöhten Betreuungs- und Überwachungsaufwand dar.

Weiterhin wurden während des gesamten Zeitraums des stationären Aufenthaltes des Patienten immer wieder Blutzuckermessungen durchgeführt (Anlage K 5). Auch dies stellt einen Ressourcenverbrauch in Gestalt von diagnostischen Maßnahmen sowie einen erhöhten Betreuungsaufwand dar.

(3) Nach alledem besteht aus Sicht der Kammer kein Zweifel daran, dass die Voraussetzungen zur Annahme einer Nebendiagnose vorliegen.

bb) Die ICD-Richtlinien selbst sehen vor, dass neben der Nebendiagnose E13.91 die Nebendiagnose E89.1 im Streitfall Anwendung findet.

(1) Unter der ICD E13 ist eindeutig geregelt, dass hierin der pankreoprive Diabetes mellitus, der beim Patienten unstreitig vorlag, enthalten (inklusive) ist. Ausgeschlossen ist grundsätzlich eine postoperative Hypoinsulinämie, außer, wenn, wie vorliegend ein pankreopriver Diabetes mellitus vorliegt, sodass der vorliegende Fall von dieser Rückausnahme erfasst wird. Dabei wird explizit in Klammern auf E89.1 verwiesen, sodass schon hieraus folgt, dass E89.1 neben einer E13.-er Kodierung Anwendung findet. Gleichfalls sieht E89.1 selbst vor, „ein pankreopriver Diabetes mellitus ist **zunächst** (Hervorhebung durch das Gericht) mit einer Schlüsselnummer aus E13.- zu kodieren“. Gleichfalls ist geregelt, dass E89.1 Anwendung findet bei einer Hyperglykämie nach Pankreatektomie und einer postoperativen Hypoinsulinämie.

(2) Demgegenüber findet die Auslegung, welche die Beklagte dahingehend vornehmen will, dass die ICD E89.1 nur greife, wenn die Pankreatektomie selbst in der Operation durchgeführt wurde und daraufhin eine Hypoinsulinämie hervorgerufen wurde, weder in Wortlaut noch Systematik eine Stütze. Vielmehr ist vom Wortlaut „nach Pankreatektomie“ auch eine entfernt zurückliegende Pankreatektomie wie im Streitfall erfasst. Gründe, hiervon abzuweichen, erschließen sich der Kammer nicht. Erfasst werden gerade auch Krankheiten, die gleichzeitig mit der Hauptdiagnose bestehen (D003I).

Soll eine entsprechende Unterscheidung für das Vergütungsrecht künftig gelten, muss das Vergütungsrecht eine solche formulieren und dementsprechend andere Begriffe verwenden (vgl. Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 22. März 2017 – L 5 KR 4740/15 –, Rn. 26, juris).

cc) Weiterhin sehen auch die Deutschen Kodierrichtlinien auf S. 80 (Anlagenheft Kläger, AS 19) vor, dass bei Vorliegen eines Diabetes mellitus nach medizinischen Maßnahmen zunächst ein E13.- sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus inklusive pankreopriver Diabetes mellitus **gefolgt von dem Kode** (Hervorhebung durch das Gericht) E89.1 Hypoinsulinämie nach medizinischen Maßnahmen zu verschlüsseln ist. Damit ist auch nach dem Wortlaut der Deutschen Kodierrichtlinie kein Raum für eine Einschränkung dahingehend, dass der Diabetes mellitus durch die Maßnahme, wegen welcher der Patient aktuell behandelt wird, hervorgerufen sein muss.

dd) Die Regelungen setzen auch nicht etwa das Eintreten eines absoluten Insulinmangels (vgl. Anlage B 9, Anlagenheft Beklagter, dort AS 125) voraus, vielmehr stellt die Nichtproduktion von Insulin nach der Pankreatektomie im Sinne der ICD-Richtlinien und der Deutschen Kodierrichtlinien bereits eine Hypoinsulinämie dar. Ein anderes Verständnis wäre nicht hinnehmbar und kann deshalb auch vom Telos der Regelung, einen entsprechenden Mehraufwand zu vergüten, nicht umfasst sein. Würde nämlich das Eintreten eines absoluten Insulinmangels Voraussetzung einer entsprechenden Abrechnung sein, dann würde es sich finanziell lohnen, präventive Maßnahmen in Form der Gabe von Insulin und regelmäßiger Messungen zu unterlassen, die dann wegen des herbeigeführten Insulinmangels eingeleiteten Maßnahmen könnten dann nämlich entsprechend abgerechnet werden, wohingegen es für das präventive Tätigwerden keine gesonderte Entlohnung gäbe. Dies erscheint der Kammer sinnwidrig.

ee) Die Kammer sieht sich auch in Einklang mit den Beispielen in der Deutschen Kodierrichtlinie. So sieht Beispiel 3 vor, dass als Hauptdiagnose eine Pneumonie vorliegt und als Nebendiagnose Diabetes mellitus. Auch dies führt zu dem Ergebnis, dass der Darmverschluss beim Patienten der Anwendung von Nebendiagnosen in Bezug auf den Diabetes mellitus nicht entgegensteht.

c) Entgegen der Auffassung der Beklagten war kein medizinisches Sachverständigengutachten einzuholen. Über die Auslegung des Regelwerks für die Vergütung von Krankenhausleistungen muss das Gericht nämlich, wie aufgezeigt, im Wege der Rechtsanwendung (Auslegungsregeln) entscheiden. Die Entscheidung über die Enge oder Weite von Leistungstatbeständen ist eine Frage der rechtlichen Auslegung. Auf Fragen der Medizin kommt es damit nicht an (vgl. Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 22. März 2017 – L 5 KR 4740/15 –, Rn. 25, juris). Im Übrigen sind die medizinischen Fragen, nämlich die vorliegenden Erkrankungen und deren Behandlungen, unstrittig.

II. Der Kläger kann weiterhin vorgerichtliche Rechtsanwaltskosten in Höhe von 837,76 € aus §§ 280 Abs. 1, 2, 286 Abs. 1, 2 Nr. 3, 249 BGB verlangen.

1. Durch das Schreiben der Beklagten vom 25.06.2018 an den Kläger (Anlage BLD 4, Anlagenheft Beklagter, dort AS 101) hat diese die Leistung ernsthaft und endgültig verweigert, sodass dies den Verzug begründet hat und der Kläger seinen Rechtsanwalt vorgerichtlich beauftragen durfte. Die Beklagte hat den Vortrag des Klägers in der Replik (AS 63) dahingehend, dass der Kläger die Kosten unmittelbar gegenüber dem Bevollmächtigten des Klägers beglichen hat, nicht bestritten.

2. Erstattungsfähig ist auch eine 1,5-Gebühr.

a) Entsprechend den Erläuterungen zu Nr. 2300 VV RVG darf eine Gebühr von mehr als 1,3 nur dann gefordert werden, wenn die Sache objektiv umfangreich oder schwierig war. Der Umfang einer Angelegenheit und der Einsatz von Spezialkenntnissen, um die es sich beim Arzthaftungsrecht – wie allgemein beim Medizinrecht – durchaus handelt, sind dabei als Kriterien bei der Bemessung anzuerkennen (LG Arnsberg, Urteil vom 15. Mai 2018 – 3 O 6/16 –, Rn. 25, juris m. w. N.).

b) Eine 1,5-Gebühr, wie von den Prozessbevollmächtigten des Klägers abgerechnet, erachtet das Gericht unter Berücksichtigung der besonderen Schwierigkeiten des Arzthaftungs-

rechts und des Kostenrechts sowie der Notwendigkeit der Auswertung der umfangreichen Behandlungsunterlagen sowie gutachterlicher Stellungnahmen für angemessen.

c) Die Einholung eines Sachverständigengutachtens der Rechtsanwaltskammer dahingehend, ob die Sache umfangreich oder schwierig war, bedarf es, da es sich nicht um einen Streit zwischen dem Auftraggeber und dem Rechtsanwalt handelt, sondern um die Erstattung der Gebühren durch einen Dritten (Gerold/Schmidt/Mayer, 24. Aufl. 2019, RVG VV 2300 Rn. 43; Schneider/Volpert/Fölsch, Gesamtes Kostenrecht, Teil 1: Justiz, Anwaltschaft, Notariat Vergütungsverzeichnis VV RVG Nr. 2300 Rn. 11, beck-online). Vielmehr ist die Kammer selbst zur Beurteilung hinsichtlich dieser Rechtsbegriffe aufgerufen.

III. Der Zinsanspruch folgt hinsichtlich Klageantrag Ziff. 1 aus §§ 286 Abs. 2 Nr. 3, 288 Abs. 1 BGB. Hinsichtlich Klageantrag Ziff. 2 folgt der Zinsanspruch aus §§ 291, 288 Abs. 1, 187 Abs. 1 BGB analog.

B. Die Kostenentscheidung folgt aus § 91 Abs. 1 ZPO, der Ausspruch zur vorläufigen Vollstreckbarkeit aus § 709 S. 1 und 2 ZPO.

Rechtsbehelfsbelehrung:

Gegen die Entscheidung, mit der der Streitwert festgesetzt worden ist, kann Beschwerde eingelegt werden, wenn der Wert des Beschwerdegegenstands 200 Euro übersteigt oder das Gericht die Beschwerde zugelassen hat.

Die Beschwerde ist binnen **sechs Monaten** bei dem

Landgericht Offenburg
Hindenburgstraße 5
77654 Offenburg

einzulegen.

Die Frist beginnt mit Eintreten der Rechtskraft der Entscheidung in der Hauptsache oder der anderweitigen Erledigung des Verfahrens. Ist der Streitwert später als einen Monat vor Ablauf der sechsmonatigen Frist festgesetzt worden, kann die Beschwerde noch innerhalb eines Monats nach Zustellung oder formloser Mitteilung des Festsetzungsbeschlusses eingelegt werden. Im Fall der formlosen Mitteilung gilt der Beschluss mit dem dritten Tage nach Aufgabe zur Post als bekannt gemacht.

Die Beschwerde ist schriftlich einzulegen oder durch Erklärung zu Protokoll der Geschäftsstelle des genannten Gerichts. Sie kann auch vor der Geschäftsstelle jedes Amtsgerichts zu Protokoll erklärt werden; die Frist ist jedoch nur gewahrt, wenn das Protokoll rechtzeitig bei dem oben genannten Gericht eingeht. Eine anwaltliche Mitwirkung ist nicht vorgeschrieben.

Rechtsbehelfe können auch als elektronisches Dokument eingelegt werden. Eine Einlegung per E-Mail ist nicht zulässig. Wie Sie bei Gericht elektronisch einreichen können, wird auf www.ejustice-bw.de beschrieben.

[REDACTED]
Vorsitzende Richterin
am Landgericht

[REDACTED]
Richter
am Landgericht

[REDACTED]
Richter

zugleich für den wegen Ab-
ordnung an eine Bundesbe-
hörde verhinderten Richter
am Landgericht [REDACTED]

Verkündet am 08.11.2019

[REDACTED] IFAng'e
Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle

Beglaubigt
Offenburg, 11.11.2019



[REDACTED]
Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle
Durch maschinelle Bearbeitung beglaubigt
- ohne Unterschrift gültig