

Der Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e. V. informiert



Editorial

Das „gerechte Honorar“ – eine Illusion!

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Honorarverhandlungen zwischen dem GKV-Spitzenverband und der KBV haben gezeigt: Wer geglaubt hat, es gäbe in den nächsten Jahren ein „gerechtes Honorar“ für Vertragsärzte, der hat sich erneut getäuscht! Was sind die Gründe?

Blicken wir zurück. Als ich 1991 in eine „Kassenpraxis“ eintrat, da wurde noch mit „Scheinen“ abgerechnet. Es gab einen EBM, der Punktwert lag 1992 in der KV Westfalen-Lippe bei 9.4 Pfennig. Mein ehemaliger Praxispartner hatte schon mal mehr als 10 Pfennig pro Punkt erzielt. Das Honorar war nicht budgetiert. Die Einkünfte erschienen auskömmlich.

In diesen Jahren wurden neue Leistungen in den EBM aufgenommen, zum Beispiel die Beratungsziffer 10 oder 17. Die angeforderten Leistungen explodierten. Gleichzeitig formierte sich eine „Große Koalition“ in der Gesundheitspolitik H. Seehofer (Gesundheitsminister) und R. Dreßler (Sozialexperte der SPD). Das Ergebnis wurde in den „Godesberger Beschlüssen“ zusammengefasst. Diese hatten ein Budget für Vertragsärzte zur Folge und etablierten eine Bedarfsplanung und Niederlassungssperre. Bevor die Planungsbezirke jedoch geschlossen wurden nahm die Anzahl der Vertragsärzte „dramatisch“ zu. Seit dieser Zeit fiel der „Punktwert“ (Wert pro Leistungseinheit) kontinuierlich. 2008 lag er in der KVWL für Gastroenterologen bei 2.7–3.0 Cent (5.4–6.0 Pfennig!). Davon ausgenommen war die Vorsorgekoloskopie. Sie wurde seit 2002 mit ca. 4.5 Cent vergütet.

Schon Ende der 90er Jahre forderte die KBV einen neuen EBM. Dieser sollte die realen Kosten der Praxis zur Grundlage haben und einen angemessenen Arztlohn beinhalten. Warum ein „Oberarztgehalt“ zur Grundlage der Kalkulation genommen (bei einem „freien“ Beruf) und eine ärztliche Arbeitszeit von 52 Stunden angenommen wurden, möge verstehen, wer will! Mitarbeiter des Zentralinstitutes der KBV (ZI) kamen in unsere Praxis, um Kalkulationszeiten und Kosten in der Gastroenterologie zu erfassen. „Refamäßig“ wurde jede Arbeitsminute registriert und reale Kosten ermittelt. Gerne hatten wir uns natürlich bereit erklärt, an dieser Stichprobe teilzunehmen.

Was war das Ergebnis? Es entstand der EBM 2000, später 2000 plus. Dieser bewertete die Leistungen weiterhin in „Punkten“,

der kostenadaptierte Punktwert wurde mit 5.11 Cent bewertet. Der EBM wurde eingeführt, nur der Punktwert wurde nicht übernommen. Dies ist mittlerweile fast ein Jahrzehnt her. Geändert hatte sich an der allgemeinen Bezahlung wenig. Das Wachstum



Dr. Dietrich Hüppe

der Finanzen der KVen, die zur Verteilung kamen, hing an der Dynamik der Lohnsumme in Deutschland. Die Lohnsummensteigerung war gering und regional sehr unterschiedlich. So waren die Krankenkassen in Bayern und Baden-Württemberg in der Lage, deutlich mehr Honorar zu zahlen als in NRW.

Dann kam Ulla Schmidts (SPD) Honorarreform 2009! Alles sollte sich ändern, besser und transparenter werden: Die Entwicklung des Vertragsarzthonorars sollte nicht mehr in Punkten, sondern in Euro erfolgen (Euro-Gebührenordnung!), die Dynamik des Honorars sollte nicht mehr vom Wachstum der Lohnsumme, sondern von der Entwicklung der Morbidität und Kosten abhängig sein. Da das Geld der GKV nun über einen nationalen Gesundheitsfond eingezogen und nach Morbidität an die einzelnen Krankenkassen verteilt werden sollte, begründeten sich regionale Unterschiede nicht mehr. Eine Konvergenz des Honorars in allen Bundesländern war das Ziel („Gleicher Lohn für gleiche Arbeit“).

Durch diese Strukturreform mussten die Krankenkassen in 2009 vier bis fünf Milliarden Euro mehr an Vertragsärzte ausschütten. Diese Honorarreform hatte für Ulla Schmidt eine paradoxe Wirkung. Tausende Ärzte und andere Angehörige von Gesundheitsberufen protestierten gegen diese Reform in Berlin. Im Herbst 2009 verlor Ulla Schmidt das Gesundheitsministerium. Die neuen Gesundheitsminister Rösler und später Bahr führten erneut eine strikte Budgetierung aller Leistungen für die Jahre 2011 und 2012 ein. Das Wachstum der Gesundheitsausgaben wurde mit 1.25 Prozent pro Jahr festgelegt. Die bundesweite Honorarangleichung (Konvergenz) wurde auf Druck der CSU rückgängig gemacht.

Mitte 2012 erzeugte die KBV die Illusion, ab 2013 würde alles besser. Der Topf der GKV-Kassen war übertoll, Kostenberechnungen und Morbiditätsdaten des ZI begründeten die Forderung nach einem Honorarplus von drei Milliarden Euro. Was herausgekommen ist, ist bekannt. Wie konnte das passieren? Jeder Ver-

tragsarzt, der regelmäßig mit seinem Steuerberater die betriebswirtschaftliche Auswertung der Praxis (BWA) betrachtet, stellt fest: Die Kosten nehmen schleichend zu (Personal, Strom, Investitionsgüter). Gleichzeitig sinkt der Gewinnanteil. In dieser Situation zog der GKV-Spitzenverband ein „Gutachten“ von Prognos „aus dem Ärmel“ und postulierte, dass das Honorar der Praxen sinken solle, da die Betriebskosten der Praxen rückläufig seien.

Die Ärzteschaft und ihre verfasste Institution (KBV) waren sprachlos. Der „neutrale Mann“ im Bewertungsausschuss (Prof. Wasem) beschloss zusammen mit den Krankenkassen quasi ein „Nullwachstum“ des Honorarbezuges. Gleichzeitig diskutierte die „Öffentlichkeit“ über hohe Arzteinkommen oder ungleiche Verteilung des Geldes innerhalb der Ärzteschaft. Über Leistungsbezug und kostenbezogene Bezahlung wurde nicht diskutiert. Die Ärzteschaft war zwar empört, organisiert zugleich eine innerärztliche Umverteilung des Honorars!

Was ist die Erkenntnis der Honorarentwicklung der „letzten 20 Jahre“? Eine Kosten- und Leistungsbezogenheit des ärztlichen Honorars ist eine Illusion. Von dieser sollten wir uns schnell verabschieden. Das Herumtragen der Monstranz eines „gerechten EBMs“ hilft nicht weiter. Wir müssen erkennen: Unser Honorar ist „politisch“, je nach Wirtschaftslage und Stimmung. Schon um den - unbefriedigenden - Status quo zu sichern bedarf es weiterhin einer hohen innerärztlichen Solidarität der verfassten Ärzteschaft. Die Bedeutung der Berufsverbände wird weiter zunehmen. Möglicherweise müssen wir auch „andere Türen“ aufmachen, um qualitäts- und leistungsbezogene Verträge für Projekte oder in den Regionen (à la Baden-Württemberg) zu erzielen.

Dr. Dietrich Hüppe (bng-Vorstand)

1. FIV Endoskopie- und Interventionstag

Blutstillung in der Endoskopie

Engagierte Gastroenterologinnen und Viszeralchirurginnen haben im Jahr 2007 das interdisziplinäre Netzwerk FIV (Frauen in der Viszeralmedizin) mit den Zielen gegründet, Erfahrungen an junge Kolleginnen weiterzugeben, Frauen in ihrer beruflichen und berufspolitischen Kompetenz zu fördern und ein Forum für Information und Austausch zu bieten.

Dabei ist unter anderem die fachliche Weiterbildung von jungen Kolleginnen ein besonderer Schwerpunkt von FIV, die bisher in der regelmäßigen Vergabe von Reisestipendien zu den Jahreskongressen unserer Fachgesellschaften zum Ausdruck gekommen ist. In diesem Sinne hat FIV in Zusammenarbeit mit dem Viszeralmedizinischen Zentrum der Universitätsmedizin Mannheim nun den 1. FIV Endoskopie- und Interventionstag mit dem Themenschwerpunkt „Blutstillung in der Endoskopie“ organisiert. Der Workshop fand am 10.11.2012 statt und war mit mehr als 50 Teilnehmerinnen völlig ausgebucht.

Teilnahme kostenfrei

Dank der positiven Einstellung von Prof. Ebert und Prof. Post zu den Plänen von FIV, durch die Unterstützung von DGVS und bng,

durch die personelle und finanzielle Unterstützung industrieller Partner und vor allem durch den beispielhaften Einsatz von Frau Dr. Stelzer, die trotz Schwangerschaft, Entbindung und Elternzeit mit ihrem Team die Planung, Vorbereitung und Umsetzung der Veranstaltung hervorragend gemanagt hat, konnte das Seminar (für alle Teilnehmerinnen kostenfrei!) durchgeführt werden.

Neben kurzen interdisziplinären Referaten zu den Themen Diagnostik gastrointestinaler Blutungen und Methoden und Techniken der Blutstillung war ein großer Teil der Zeit für praktische Übungen eingeplant, die von allen von der ersten bis zur letzten Minute intensiv genutzt wurden. Die Teilnehmerinnen hatten die Möglichkeit alle gängigen Blutstillungsmethoden zu testen: Clipping, EndoClot, OTSC, Fibrinklebung, Endoloop, Danisstent und Gummibandligatur. Die Blutstillungsmethoden wurden an den ECE Modellen und an den EASIE-R Phantomen durchgeführt.



Dr.
Marie-Luise
Hermans



Engagierte Frauen: Die Veranstalterinnen Dr. Annette Stelzer (Mitte) und Dr. Marie-Luise Hermans (rechts) im Kreis der Referentinnen.



Praxisnahe Anleitung und Gelegenheit zum Üben.

Kinderbetreuung inklusive

Auch die „Mütter“ unter den Teilnehmerinnen konnten sich ganz ungestört auf den Workshop konzentrieren, eine Kinderbetreuung war durch MediKids für die ganze Zeit vorhanden. Die Pausen wurden von allen zu Gesprächen und zum Austausch genutzt, gerade auch zu den Themen Zentrenbildung und interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Mit diesem neuen Format haben wir die Grundlage für weitere Fortbildungen von FIV an anderen Standorten in Deutschland gelegt und möchten Sie schon jetzt zum 2. FIV in Bochum vom 10.–12.11.2013 einladen. Die Leitung hat Frau Prof. Möslein, das Thema lautet: „Neues und Bewährtes in der Proktologie“. Aus dem Kreis der Teilnehmerinnen in Mannheim haben schon viele diesen neuen Termin fest eingeplant.

Ein wichtiger Hinweis für Kollegen

Auch wenn FIV ein Netzwerk von Frauen ist, sind zu unseren Veranstaltungen selbstverständlich auch männliche Kollegen herz-

lich willkommen, sowohl als Referenten wie auch als Teilnehmer, wenn sie das Programm anspricht und – wie es eine Teilnehmerin in Mannheim ausdrückte – wenn sie sich trauen. Es ist entgegen anderer, immer wieder kritisch geäußelter Interpretationen nicht die Intention von FIV, Grenzen zu errichten oder Rivalitäten zu unterstreichen, sondern die Zusammenarbeit junger Kolleginnen und Kollegen und das gegenseitige Verständnis zu fördern.



Dr. Annette Stelzer

Dr. Marie-Luise Hermans (Vorsitzende der Kommission FIV)

Dr. Annette Stelzer (Oberärztin II. Med. Klinik, UMM)

Stiftung LebensBlicke

Benefizveranstaltung soll ein Zeichen setzen

Die Stiftung LebensBlicke setzt sich seit 1998 für die Darmkrebsfrüherkennung ein und engagiert sich für eine umfassende Information der Bevölkerung. Wichtige Erfolge dieser Arbeit sind u. a., dass das Wissen der Bevölkerung über die Darmkrebsvorsorge inzwischen deutlich gewachsen ist und die Vorsorgekoloskopie in das Leistungsangebot der gesetzlichen Krankenversicherungen aufgenommen werden konnte. **Die Benefizveranstaltung zugunsten der Stiftung LebensBlicke findet am 3. Mai 2013 im Rahmen des 22. Kongresses der Mitteldeutschen Gesellschaft für Gastroenterologie im Hilton Hotel in Frankfurt statt.** Sie soll ein Zeichen für die konsequente Umsetzung der Darmkrebs-Prävention in Deutschland setzen. Der bng-Vorstand ruft die niedergelassenen Gastroenterologen auf, an dieser Veranstaltung teilzunehmen.

Aus der Fachgruppe Proktologie des bng

Wie kann ein Gastroenterologe noch Proktologe werden?

2004 wurde bekanntlich vom Deutschen Ärztetag die Zusatzbezeichnung Proktologie (bisher einmalig in Europa) beschlossen und in die Weiterbildungsordnung der Länder aufgenommen. Die Zusatzweiterbildung Proktologie umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Vorbeugung, Erkennung, Behandlung und Rehabilitation von Erkrankungen, Verletzungen, Formveränderungen und funktionellen Störungen des Mastdarms, des Anus, des Kontinenzorgans, der Beckenbodenmuskulatur, von Analekzemen, anorektalen Geschlechtskrankheiten und analen Dermatosen (Bundesärztekammer: Weiterbildungsordnung 2003, in der Fassung vom 25.6.2010, 183).

Damit hat die Ärzteschaft die Eigenständigkeit des Faches erkannt und der hiermit verbundenen qualitativ hochwertigen



Prof. Dr.
Heiner
Kramer

Versorgung proktologischer Patienten, einen besonderen Stellenwert zugewiesen (Strittmatter, B.: Proktologie in Deutschland. Status quo. In: Coloproctology 2012, 34: 417–421). Voraussetzung zum Erwerb der Zusatzbezeichnung ist eine Facharztanerkennung für Allgemeinchirurgie, Allgemeinmedizin, Kinderchirurgie, Viszeralchirurgie, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Innere Medizin, Innere Medizin und Gastroenterologie oder Urologie (Bundesärztekammer, s. o.).

Derzeit haben in Deutschland insgesamt 1841 Fachärzte die Zusatzbezeichnung erworben (Strittmatter, B., s. o.). Auffällig dabei ist, dass erhebliche regionale Unterschiede bestehen. So praktizieren z. B. in Nordrhein-Westfalen 533 und in Brandenburg nur 45 Proktologen (Strittmatter, B., s. o.). Ohne dass genaue Zahlen vorliegen, ist davon auszugehen, dass insbesondere noch im Rahmen der Übergangsbestimmungen auch viele Gastroenterologen die Zusatzbezeichnung Proktologie durch den Nachweis der proktologischen Tätigkeit und einer Prüfung bei den Ärztekammern erworben haben. Nach der Beendigung dieser Übergangszeit ist es jetzt jedoch deutlich aufwendiger, Proktologe zu werden. Die Weiterbildungszeit beträgt zwölf Monate bei einem Weiterbildungsbefugten gemäß § 5 Abs. 1 Satz 2, davon können sechs Monate während der Facharztweiterbildung in Allgemeinchirurgie, Allgemeinmedizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin, Innere Medizin und Gastroenterologie, Kinderchirurgie, Urologie oder Viszeralchirurgie bei einem Weiterbildungsbefugten für Proktologie gemäß § 5 Abs. 1 Satz 2 abgeleistet werden (Bundesärztekammer, s. o.).

Die Weiterbildungsinhalte der Bundesärztekammer (Logbuch zur Dokumentation der Weiterbildung gemäß (Muster-) Weiterbildungsordnung (MWBO): http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/ZWB_Proktologie.pdf) fordern den Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in (die geforderten und zu dokumentierenden Richtzahlen stehen in Klammern):

- ▶ den konservativen und operativen Behandlungsmethoden der Proktologie, einschließlich

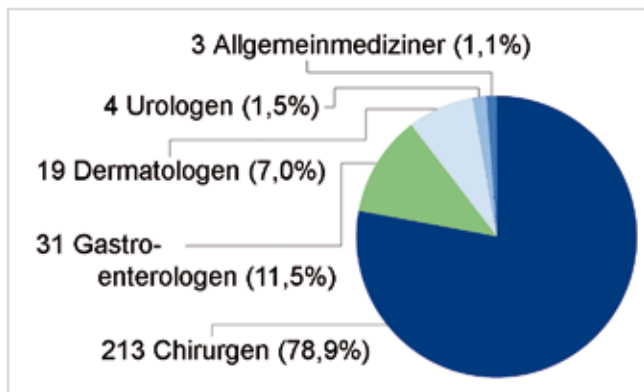


Abb. 1 Weiterbildungsermächtigte Proktologen in Deutschland nach Fachrichtung sortiert (in Klammern die jeweilige Anzahl).

Tab. 1 Weiterbildungsermächtigte Proktologen nach Bundesländern

Bundesland	alle Fachgruppen	Gastroenterologen
Baden-Württemberg	38	3
Bayern	25	2
Berlin	19	1
Brandenburg	8	2
Bremen	1	–
Hamburg	8	–
Hessen	9	–
Mecklenburg-Vorpommern	2	–
Niedersachsen	29	6
Nordrhein-Westfalen*	73	12
Rheinland-Pfalz	7	–
Saarland	3	–
Sachsen	15	1
Sachsen-Anhalt	8	1
Schleswig-Holstein	14	2
Thüringen	11	1
Summe	259	31

* Ärztekammer Nordrhein und Westfalen-Lippe zusammengefasst

- ▶ der konservativen Fissurbehandlung und der Mitwirkung bei operativer Fissurbehandlung (25)
- ▶ Exzision von kleineren peri- und intraanal Geschwülsten wie Thrombosen, Marisken und hypertrophen Analpapillen (25)
- ▶ Behandlung von Hämorrhoidalleiden, z. B. Verödung, Gummibandligaturen (100)
- ▶ Aufsuchen und Sondierung von Analfisteln und Krypten einschließlich Fadendrainagen (25)
- ▶ Mitwirkung bei der operativen Therapie eines Sinus pilonidalis, der Acne inversa und eines Analabszesses (25)
- ▶ der digitalen Austastung und Befundung
- ▶ der Differentialdiagnostik des Analekzems einschließlich Diagnostik und Therapie der anorektalen Geschlechtskrankheiten und analer Dermatosen (50)
- ▶ der Versorgung und Beratung von Stomaträgern (10)
- ▶ der Nachsorge bei malignen Tumoren (25)
- ▶ der Spekulumuntersuchung des Analkanals (25)
- ▶ Proktoskopien (100)
- ▶ Rektoskopien (50)
- ▶ funktions- und morphologische Diagnostik der analen Schließmuskulatur, z. B. Manometrie, Endosonographie (25)
- ▶ der Lokal- oder Regionalanästhesie (25)



Dr.
Nils Krakow

Nach Online-Angaben der jeweiligen Landesärztekammern (Stand Januar 2013) gibt es zwar 270 weiterbildungsberechtigte Ärzte, wovon 195 die volle Weiterbildungsberechtigung für Proktologie haben. Jedoch bestehen auch hier große regionale Unterschiede (z. B. in Nordrhein-Westfalen 73, in Mecklenburg-Vor-

Tab. 2 Ausgewählte Fortbildungsveranstaltungen

Datum	Veranstaltung	Ort
06.–09.03.2013	39. Dt. Koloproktologen-Kongress	München
13.04.2013	Kurs „Hämorrhoidalleiden“	Mannheim*
04.05.2013	BCD-Grundkurs Proktologie	Dresden
13.07.2013	Proktologie „Basiskurs“	Mannheim*
07.09.2013	Kurs „Anorekt. M. Crohn und Proktitis“	Mannheim*
11.09.2013	Intensivkurs Proktologie der DGVS, DGK	Nürnberg
14.09.2013	BCD-Grundkurs Proktologie	Nürnberg
19.10.2013	Kurs „Hämorrhoidalleiden“	Mannheim*

*EDZ-Akademie
(Einzelheiten auch gerne über die Fachgruppe Proktologie des BNG / Kommission für Proktologie der DGVS)

pommern nur 2 Weiterbilder) (◀ Tab. 1). Damit kann es in einzelnen Bundesländern sogar schwer werden, eine geeignete Fortbildungsstelle zu finden.

Nur 31 weiterbildende Gastroenterologen

Die Weiterbildung zum Proktologen ist eine Domäne chirurgischer Kollegen (▶ Abb. 1). Von den 270 Weiterbildern sind nur 31 Kollegen Gastroenterologen (davon 12 aus Nordrhein-Westfalen). Somit kann es sich mitunter schwierig gestalten, die Zusatzausbildung voll oder teilweise bei einem auch proktologisch tätigen Gastroenterologen zu erhalten. Zudem wird es schwierig, anteilmäßig die sechs Monate im Rahmen der Weiterbildung zum Internisten oder Gastroenterologen anrechnen zu lassen, da nur sehr wenige der weiterbildungsberechtigten Gastroenterologen über die zusätzlich erforderliche Weiterbildungsermächtigung für Proktologie verfügen. Aufgrund der operativen Weiterbildungsinhalte ist für nicht chirurgisch tätige Ärzte eine anteilmäßige Weiterbildung oder zumindest eine Hospitation bei einem chirurgischen Proktologen erforderlich.

Informationen über Weiterbildungsstellen zum Proktologen sind erfragbar bei den einzelnen Landesärztekammern, über den Berufsverband der Coloproktologen Deutschlands, aber auch gerne über den Autor (Fachgruppe Proktologie des bng und Kommission für Proktologie der DGVS). Da Proktologie auch ein wichtiger Bestandteil unseres Fachgebietes Gastroenterologie ist, ist unabhängig von der Zusatzbezeichnung die ständige Fortbildung auf diesem Gebiet von Bedeutung.

Prof. Dr. Heiner Krammer
(Sprecher der Fachgruppe Proktologie im bng)

Dr. Nils Krakow (Praxis für Gastroenterologie und Ernährungsmedizin am End- und Dickdarmzentrum Mannheim)

Impressum

Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e. V., Holdergärten 13, 89081 Ulm
www.bng-gastro.de, kontakt@bng-gastro.de

Redaktion:

Dr. Holger Böhm, www.skriptstudio.de, bng@skriptstudio.de

Termine

Datum	Veranstaltung	Ort
08.–09.03.2013	Hepatologischer Workshop	Iserlohn
08.–09.03.2013	Kapselendoskopiekurse	Berlin
14.–16.03.2013	Kongress der Dt. Ges. f. Endoskopie und Bildgebende Verfahren	Hannover
18.–20.03.2013	Sedierungsleitlinien Endoskopie G2 für MFA	Mainz
12./13.04.2013	14. Gesprächsforum und bng-Jahrestagung	Freiburg
12./13.04.2013	Sachkundekurs Endoskopie	Stuttgart
26./27.04.2013	CED compact	Mannheim
03./04.05.2013	Hepatologischer Workshop	Heidelberg
22.–24.04.2013	Kurs S3 Sedierungsleitlinien der Endoskopie	Mainz
03.05.2013	Benefiz Gala zugunsten der Stiftung LebensBlicke	Frankfurt
27.–29.05.2013	Kurs S3 Sedierungsleitlinien der Endoskopie	Mainz
31.05.–01.06.2013	CED compact	Hamburg

Zu den Veranstaltungen können sich bng-Mitglieder und Interessierte online über www.bng-service.de anmelden. Dort finden Sie auch weitere Veranstaltungen, die der bng für seine Mitglieder veranstaltet.

Jobbörse

Auf der bng-Homepage können kostenfrei Stellenanzeigen für Gastroenterologen und medizinisches Personal sowie für Weiterbildungsstellen geschaltet werden. Diese Inserate werden auch in die Jobbörse der bng-Verbandsnachrichten in der Zeitschrift für Gastroenterologie übernommen. Nutzen Sie die Möglichkeit, Ihre Angebote zu platzieren.

Weiterbildungsstelle Proktologie in Mannheim

Weiterbildungsstelle für Proktologie (volle Weiterbildungsbezeichnung vorhanden) ab 01.12.2013 frei. Informationen: Prof. Dr. H. Krammer, Praxis für Gastroenterologie am End- und Dickdarmzentrum Mannheim. E-mail: krammer@magendarmzentrum.de.

Gastroenterologe sucht neue Herausforderung

Erfahrener **Internist und Gastroenterologe** mit langjähriger Erfahrung in Hepatologie u. CED-Behandlung sucht neue Herausforderung. Bevorzugt in Süddeutschland. Zuschriften an: internist@rocketmail.com.

Sicherstellungsassistent gesucht

Junger Facharzt für Gastroenterologie als **Sicherstellungsassistent** gesucht mit Option auf Praxiseinstieg, Raum Bodensee. Kontaktaufnahme bitte unter Chiffre 121219.