



Neue Details: Gutachter belasten Ex-KBV-Chef Köhler

(Ärztezeitung, 14.09.2016)

BERLIN. Die „Causa Köhler“ lässt die Kassenärztliche Bundesvereinigung nicht los. Der Skandal um den ehemaligen Vorstandsvorsitzenden Dr. Andreas Köhler und weitere ehemalige und amtierende Spitzenfunktionäre der Körperschaft und der Vertreterversammlung zieht weitere Kreise. Unter anderem gibt es nun eine Dienstwagenaffäre, die bis Ende vergangenen Jahres nicht einmal der Dienstaufsicht im Gesundheitsministerium bekannt war. Mehrere Fälle von Verdacht auf Untreue und sogar Betrug listet ein Gutachten der Kölner Kanzlei Luther auf, das auf den 23. August datiert ist. Das Gutachten, das im Auftrag von Gesundheitsminister Hermann Gröhe den Dienstvertrag der KBV mit Köhler unter die Lupe nimmt, liegt der „Ärzte Zeitung“ vor. Demnach schloss Köhler einen Leasingvertrag über ein Fahrzeug ab, für den die KBV rückwirkend die Raten in Höhe von rund 1249 Euro im Monat übernahm. Dazu kam laut Gutachten eine Benzinverbrauchs-kostenübernahme bis zu 10000 Euro im Jahr. Eine pauschale Inanspruchnahme dieser Summe strich die VV später wieder. Köhler durfte ausweislich einer im Gutachten zitierten Zusatzvereinbarung das Fahrzeug privat nutzen. Es sei „unüblich“, dass Dienstgeber in einen vom Vorstand persönlich geschlossenen Leasingvertrag einträten, bemerken die Gutachter dazu. Der KBV sei ein Schaden von 27488 Euro entstanden. Die Gutachter machen nach ihrer Auffassung für diesen „Verstoß gegen den Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit“ Köhler und den Chef der Vertreterversammlung Jochen Weidhaas verantwortlich.

Köhler selbst bemerkte am Dienstag auf Anfrage der „Ärzte Zeitung“ dazu, dass „mit Frau Regina Feldmann exakt dieselben vertraglichen Regelungen zum Thema Dienstwagen getroffen wurden wie mit mir“.

Auch in einem weiteren Fall bezichtigen die Gutachter Köhler und Weidhaas möglicher Untreue. So sollen sie die KBV einseitig mit den Prämien einer Vermögensschadenshaftpflicht für Köhler belastet haben. Zudem bestehe die Möglichkeit, dass die Regelungen für Köhler über das Ende seines Dienstverhältnisses hinaus geltende Rechtsschutzversicherung extrem zu Ungunsten der Körperschaft ausgefallen sind. Die Deckungssumme sei nicht gedeckelt, die Risiken für die KBV seien enorm. Die Gutachter räumen an verschiedenen Stellen ein, dass Staatsanwaltschaften und Richter zu anderen juristischen Einschätzungen kommen könnten. Die KBV wollte sich am Dienstag unter Hinweis auf das laufende Verfahren nicht zu den neuen Enthüllungen äußern. Am Freitag tritt die Vertreterversammlung zusammen. Das Gutachten gebe keinen Anlass für weitere Strafanzeigen, hieß es am Dienstag aus dem Umfeld des Gesundheitsministers. Der Sachverhalt sei dem Staatsanwalt bekannt.

Pädiater warnen vor Diätwahn bei Kindern

(Ärztezeitung 14.09.2016)

HAMBURG. Die Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (GPGE) hat vor einem „Diät-Hype“ gewarnt. Einschneidende Ernährungsumstellungen wie etwa eine glutenfreie Kost oder das Weglassen bestimmter Zuckerarten ohne fundierte Diagnose durch einen Facharzt könnten zu erheblichen Störungen bei Kindern führen, sagte der GPGE Vorsitzende Michael Melter am Dienstag in Hamburg



Kein Beleg, dass Schrittzähler Abspecken unterstützen

(Ärztezeitung 14.09.2016)

Schrittzähler helfen übergewichtigen Menschen nicht unbedingt bei der Gewichtsreduktion, berichten Forscher der University of Pittsburgh (JAMA.2016; 316: 1161). In einer Studie mit knapp 500 Abnehmwilligen verloren Probanden mit Zähler binnen zwei Jahren im Mittel 3.6 kg, ohne Zähler waren es 5,9 kg. Möglicherweise demotiviere es Menschen, wenn sie die Schrittziele oft nicht erreichen, so die Forscher.

10,53 Cent pro Punkt: Das ist die ärztliche Leistung 2017 wert

(Ärztezeitung 14.09.2016)

Um knapp eine Milliarde Euro soll 2017 das Honorar der Vertragsärzte und Psychotherapeuten zulegen. Die Verhandlungsführer auf Ärzteseite sind mit dem Ergebnis zufrieden.

Nach einem Plus von 1,6 Prozent in diesem Jahr wird der Orientierungswert 2017 lediglich um 0,9 Prozent auf 10,5300 Cent steigen. Absolut bringt das den Ärzten 315 Millionen Euro mehr. Darauf haben sich am Mittwoch KBV und GKV-Spitzenverband verständigt. Insgesamt soll das Honorar für die ambulante vertragsärztliche Versorgung 2017 um knapp eine Milliarde Euro steigen. Weitere Bausteine des Zuwachses sind die Anhebung der morbiditätsbedingte Gesamtvergütung um 170 Millionen Euro, ein Plus von 330 Millionen Euro für extrabudgetäre Leistungen sowie 163 Millionen Euro für den Medikationsplan. Laut einer Berechnung der AOK könnten rund 20 Millionen gesetzlich Versicherte ab dem 1. Oktober einen Medikationsplan beanspruchen. Das Verhandlungsergebnis gebe zwar keinen Anlass zum Jubel, kommentierte KBV-Chef Dr. Andreas Gassen. Allerdings sei man froh, dass ein Nachfinanzierungsbedarf für die Niedergelassenen schlussendlich doch unstrittig war. Ursprünglich seien die Kassen in die diesjährigen Honorarrunde sogar mit der Forderung nach einem Abschlag gegangen. Die Vereinbarung über den Medikationsplan bezeichnete KBV-Vize Regina Feldmann als „guten Einstieg“. Das Geld für Erstellung und Pflege des Plans soll extrabudgetär fließen. EBM-technisch werde es für Hausärzte eine Einzelleistung sowie einen Zuschlag zur Chronikerpauschale geben. Ausgewählte Facharztgruppen sollen den Medikationsplan gleichfalls als Einzelleistung abrechnen können. Die übrigen sollen einen Zuschlag zur fachärztlichen Grundpauschale erhalten. Mit der vorgesehenen Dotierung der Einzelleistungsvergütung - eine konkrete Zahl wurde bis dato nicht veröffentlicht - sei man allerdings noch nicht zufrieden, so Feldmann. Hierzu wolle man noch einmal nachverhandeln.

Dr. Hans-Friedrich Spies, Präsident des Berufsverbandes Deutscher Internisten (BDI), bezeichnete das Verhandlungsergebnis „angesichts des geringen Spielraums wegen der gesetzlichen Vorgaben und der aktuellen Schwäche der KBV“ als „befriedigend“. Die Steigerung des Orientierungswertes bilde aber die Entwicklung der Praxiskosten nicht ausreichend ab. „Jedenfalls im fachärztlichen Bereich, den ich überblicken kann, kann ich sagen, dass sich die Kosten sicher mehr als um 0,9 Prozent erhöht haben.“

Vincent Jörres, Pressesprecher des Hausärztesverbandes, gab sich zurückhaltend. Man habe schon früher die Erfahrung gemacht, dass verhandeltes Geld bei den Hausärzten nicht ankam, so Jörres in Anspielung auf die NÄPa-Dotierung in 2015. Man müsse nun „abwarten, ob es diesmal anders ausgeht“. Das gelte „vor allem für die Vergütung des Medikationsplans“.



Bergmann und König bilden den Vorstand

(Ärztezeitung 10.10.2016)

Personeller Neuanfang in der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KVNo): Der Neurologe und Psychiater Dr. Frank Bergmann löst am 1. Januar 2017 Dr. Peter Potthoff als Vorstandsvorsitzenden ab. Sein Stellvertreter wird der Allgemeinarzt Dr. Carsten König, der auf Bernhard Brautmeier folgt. Damit machten am Samstag in der Vertreterversammlung die Favoriten das Rennen. König blieb bei der Wahl zum hausärztlichen Vorstand ohne Gegenkandidaten und erhielt 44 von 50 Stimmen. Bergmann setzte sich bei den Fachärzten gegen den Anästhesisten Dr. Harald Hofer mit 26 zu 23 Stimmen durch. Bei der Entscheidung zwischen beiden um den KV-Vorstandsvorsitz hatte Bergmann mit 27 Stimmen die Nase vorn vor König, den 23 Delegierte unterstützten.

Lauterbach: Das ist ein Flop

(Ärztezeitung 10.10.2016)

KÖLN. Der SPD-Gesundheitspolitiker Professor Karl Lauterbach hat eingestanden, dass die Terminservicestellen ein Misserfolg sind. „Das war ein Flop“, sagte Lauterbach, auf dessen Initiative die Terminservicestellen in das Versorgungsstärkungs-Gesetz aufgenommen worden waren, am Montagabend in der ARD -Sendung „Hart, aber fair“. Bislang sind nach Angaben des KBV-Vorstandsvorsitzenden Dr. Andreas Gassen rund 63 000 Termine von den Kassenärztlichen Vereinigungen vermittelt worden. Eine Million Termine würden vorgehalten. Kein einziger Patient sei bislang an ein Krankenhaus verwiesen worden, so Gassen in der gleichen Sendung. Für den Misserfolg der Terminservicestellen nannte Lauterbach die Existenz zweier unterschiedlicher Versicherungssysteme als Ursache. Notwendig sei eine einzige Gebührenordnung für Ärzte.

Physiotherapie und arthroskopische Op gleichwertig

(Deutsches Ärzteblatt 28.10.2016)

Ein Meniskusriss ist eine der häufigsten Ursachen von Kniebeschwerden. Die mit einem Arthroskop durchgeführte und minimalinvasive partielle Menisektomie ist eine oft gewählte Therapieoption - in Dänemark beispielsweise hat sich die Zahl dieser Eingriffe von 2000 bis 2011 verdoppelt. Bei einer partiellen Menisektomie bleiben im Gegensatz zur totalen und subtotalen Variante der Operation mindestens 50 % der Meniskussubstanz sowie die zirkuläre Fassung erhalten. Die bisherigen Daten sprechen kaum für eine Überlegenheit des operativen Vorgehens gegenüber konservativen Maßnahmen. In einer randomisierten, kontrollierten Studie aus Norwegen wurden 140 Patienten mittleren Alters (Durchschnitt: 49,5 Jahre) entweder der arthroskopischen partiellen Menisektomie oder einer 12-wöchigen Physiotherapie mit Bewegungsübungen unter Anleitung von erfahrenen Physiotherapeuten unterzogen. Bei der ersten Kontrolle nach 3 Monaten zeigten die physiotherapeutisch betreuten Patienten eine deutlich ausgeprägtere Zunahme ihrer Muskelkraft in allen getesteten Parametern. Nach 2 Jahren wurde mit dem KOOS-Score (Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score) der primäre Endpunkt bewertet. Der Score beurteilt Schmerzlevel, andere Beschwerden, Funktion des Knies bei Sport und in der Freizeit und Knie-abhängige Lebensqualität (0-100; schlechteste-bestmögliche).



Die Verbesserung dieses Parameters war in beiden Gruppen annähernd gleich: 80 % unter Physiotherapie und 81 % nach Operation verzeichneten eine Zunahme des Scores um 10,1 Punkte. 19 % der Patienten in der konservativ behandelten Gruppe vollzogen binnen zwei Jahren ein „cross-over“ und ließen sich operieren – ohne zusätzlichen Nutzen.

Fazit: „Die Studie zeigt, dass eine zurückhaltende Indikation operativer Eingriffe bei degenerativen Meniskusrissen angebracht ist“, resümiert Prof Dr. med. Peer Eysel, Leiter der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie an der Universität zu Köln. „Die Studie ist wissenschaftlich-qualitativ hochwertig und eine der wenigen kontrollierten, randomisierten Studien zum Vergleich der operativen und konservativen Therapie von Meniskusrissen. Die Ergebnisse bestätigen die Vermutung, dass die Operation mit partieller Meniskektomie bei degenerativen Meniskusrissen einer konservativen Therapie nicht unterlegen ist. Hiervon sind abzugrenzen die akuttraumatischen Meniskusverletzungen und degenerative Veränderungen mit akuten Einklemmungen zum Beispiel, die gegebenenfalls einer Operation bedürfen.“

Mehr Kodieren: „Abgekartetes Kassen-Spiel“

Ärztezeitung 02.11.2016

In der Debatte um die Kodierung geht es nach Ansicht des Deutschen Hausärzteverbands allein darum, wie viel Geld die Kassen aus dem Risikostrukturausgleich für sich abschöpfen können. TK-Chef Dr. Jens Baas hatte im Oktober mit einer Selbstanklage für Wirbel gesorgt. Ärzte würden durch Prämien dazu gebracht, so zu diagnostizieren, dass es sich für die Kassen auszahle. Für das eigene Versagen der Kassen würden nun Ärzte vorgeschoben, weil in vielen Verträgen Anreize enthalten seien, um Patienten kränker zu schreiben als sie tatsächlich sind, kritisierte Hauptgeschäftsführer Eberhard Mehl bei der practica 2016. Noch drastischer drückte es Dr. Gerd Zimmermann aus. Die geforderte Kodierung sei ein „abgekartetes Spiel“ der Kassen, mutmaßt der Abrechnungsexperte des Hausarztverbandes. An der Kodierung werde nun vermutlich kein Weg vorbeigehen. „Der Gesetzgeber wird wohl aktiv werden müssen“.

Arztstunde soll 100 Euro wert sein

Ärztezeitung 02.10.2016

FRANKFURT/MAIN. Die neue Gebührenordnung für Ärzte (GOA), für die derzeit ein Vorschlag zwischen Bundesärztekammer und Kostenträgern verhandelt wird, soll auf jeden Fall eine Aufwertung der zuwendungsorientierten Medizin bringen. Das hat Dr. Klaus Reinhardt beim 3. Tag der Privatmedizin in Frankfurt angekündigt. Wie der Vorsitzende des Ausschusses Gebührenordnung ausführte, werde die reine Arztstunde in der neuen GOÄ mit 100 Euro bewertet sein. Für Praxen sei das dann rentabel, wenn zugleich zum Beispiel im Labor oder an anderen Stellen zusätzliches Honorar erwirtschaftet werde. Doch nicht alle Leistungen werden aufgewertet (wir berichteten). Bei medizintechnischen Leistungen seien etwa die Gerätekosten in den vergangenen Jahren deutlich gesunken - bei besserer Qualität. Bei den Personalkosten müssten die Ärzte allerdings seit Einführung der alten GOÄ deutliche Steigerungen ausgleichen.



Pressemitteilung vom 12.11.2016

Freie Ärzteschaft: Gute Medizin braucht Therapiefreiheit und eine stabile Finanzierung

Die Verteidigung des Arztberufes als freien Beruf ist eine Daueraufgabe und wird vor allem für den freiberuflichen Arzt mit eigener Praxis schwerer. Darin waren sich alle Experten in der öffentlichen Fachdiskussion, zu der die Freie Ärzteschaft (FÄ) am Samstag nach Düsseldorf geladen hatte, einig. „Zunehmende Planwirtschaft, Managed-care-Medizin und Einschränkungen der Therapiefreiheit setzen die Ärzte immer mehr unter Druck und gefährden die Behandlungsqualität“, sagte Vorsitzender Wieland Dietrich.

Die Intransparenz des Sachleistungsprinzips belaste zudem nicht nur die Ärzte, sondern auch die Patienten. Die Freie Ärzteschaft fordert daher Transparenz hinsichtlich Leistungen und Kosten nach dem Prinzip der Kostenerstattung. „Auch eine angemessene Selbstbeteiligung der Patienten beim Aufsuchen eines Notdienstes muss diskutiert werden, um die überbordende Inanspruchnahme zu drosseln“, betonte Dietrich. Des Weiteren müssten die Budgets abgeschafft werden, da sie „maßgeblich für die Über- und Fehlregulierung des Gesundheitswesens verantwortlich sind“.

Kassen erpressen „einträgliche Diagnosen“

Um mehr Geld aus dem Gesundheitsfonds zu bekommen, streben die gesetzlichen Krankenkassen nach „einträglichen Diagnosen“, berichtete FÄ-Vizevorsitzende Dr. Silke Lüder. Hier liege ein Systemfehler vor, den die Gesundheitspolitik selbst mit der Geldverteilungssystematik des Risikostrukturausgleichs hervorgerufen habe. „Es gibt seitdem eine skandalöse Verquickung zwischen Geld und Diagnosecodes, die im Interesse der ärztlichen Therapiefreiheit wieder beendet werden muss. Hier ist der Gesetzgeber in der Verantwortung“, so Lüder.

Die Hamburger Allgemeinärztin erläutert, was das für die Patienten bedeutet: „Im Zeitalter zentraler Datenspeicherung können solche Diagnosecodes noch Jahre oder Jahrzehnte später großen persönlichen Schaden anrichten, etwa bei Versicherungen, Bewerbungen oder Verbeamtungen.“ Die Freie Ärzteschaft lehne jede Art der Einschränkung der ärztlichen Therapiefreiheit ab. Zudem verschärfe jedes weitere Drehen an der Bürokratieschraube mittels neuer zentraler Kodierrichtlinien das Problem mangelnder Praxisnachfolger.

GOÄ: „Ein Inflationsausgleich sähe anders aus“

Rechtsanwalt Michael Lennartz, Experte im Heilberuferecht und Lehrbeauftragter der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, hat den Entwurf der geplanten neuen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) analysiert. Sein Fazit: „Den Paragrafenteil kann man nur als vollkommen misslungen bezeichnen. Die GOÄ verlässt damit die bisherige Systematik. Mit der Fixierung auf einen Einzelsatz ergeben sich praktisch Zwangseinheitsgebühren nach Vorbild des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).“ Auch die ersten durchgesickerten Preise für ärztliche Grundleistungen ließen nichts Gutes erahnen. Beispielsweise würde Beratung künftig mit neun Prozent mehr Honorar vergütet - allerdings nach 20 Jahren Stillstand. „Ein Inflationsausgleich sähe anders aus“, betonte Lennartz. Und von dem eigentlich geforderten laufenden Inflationsausgleich sei auch gar keine Rede mehr.

Besonders kritisch sieht der Jurist zudem die geplante Gemeinsame Kommission (GeKo) aus Ärztevertretern, Privaten Krankenversicherungen (PKV) und Beihilfe. „Das ist nichts anderes als eine Parallelstruktur zum GKV-System mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) - das hat im privatärztlichen Bereich schlicht nichts zu suchen.“



Der privatärztliche Vertrag besteht zwischen Patient und Arzt. Hiervon ist das Rechtsverhältnis von Patient und PKV/Beihilfe strikt zu trennen.“ Außerdem bestehe im privatärztlichen Bereich kein umfassender Versorgungsauftrag wie in der GKV, der die Begründung eines Dreieckssystems Patient-Arzt-GeKo rechtfertige.

Ex-KBV-Chef Kohler droht Niederlage vor Gericht

Ärztezeitung 21.11.2016

BERLIN. Dem Ex-Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Dr. Andreas Köhler droht in der zivilrechtlichen Auseinandersetzung mit seinem ehemaligen Arbeitgeber eine Niederlage. Der Vorsitzende Richter der 8. Kammer des Landgerichts Berlin hat im juristischen Streit um den Anspruch auf Ruhebezüge Köhlers durchblicken lassen, dass er diese Zahlungen für ungerechtfertigt hält. Ein Urteil wird Anfang 2017 erwartet.

Studie: Bei Rückenschmerz zuviele Bildaufnahmen

Ärztezeitung 23.11.2016

GÜTERSLOH. Jeder fünfte gesetzlich Versicherte geht mindestens einmal im Jahr wegen Rückenschmerzen zum Arzt. Vor allem Orthopäden veranlassen dabei unnötig oft Röntgen-, CT- oder MRT-Aufnahmen. Das ist das Ergebnis der am Dienstag vorgelegten Studie Faktencheck Rücken der Bertelsmann Stiftung. „Oft werden die Befunde der Bildgebung überbewertet“, sagt Professor Jean-Francois Chenot von der Universität Greifswald.

GOÄ-Novelle: ÄKNo stellt sich gegen Bundesärztekammer

Ärztezeitung 23.11.2016

DÜSSELDORF. Die Kammerversammlung in der Ärztekammer Nordrhein (ÄKNo) hat sich am Samstag gegen einen zentralen Punkt der von BÄK und PKV-Verband entwickelten GOÄ-Novelle ausgesprochen. Die Delegierten folgten einem Antrag des Ärztebündnisses Nordrhein, die beabsichtigte Änderung der Bundesärzteordnung abzulehnen. Der Antrag richtet sich gegen Elemente wie die gemeinsame Kommission.

Ernährung und Sterblichkeitsrisiko

Protektive Effekte von Vollkornprodukten bestätigt

Deutsches Ärzteblatt 04.11.2016

Die Bedeutung verschiedener Lebensmittelgruppen für Morbiditäts- und Mortalitätsrisiken ist von hohem Interesse für die Vorbeugung von Krankheiten. In einer Metaanalyse von 45 Kohortenstudien mit circa 700 000 Studiendaten sind die relativen Risiken für verschiedene Erkrankungen und Komplikationen sowohl bei hoher als auch bei niedriger Vollkornaufnahme untersucht worden. Die definierte Verzehrsmenge betrug 90 g täglich, entsprechend 3 Portionen Vollkorn in Brot, Müsli oder Kleie. Eine Erhöhung des Verzehrs um diese Menge war mit einem um 19 % geringeren Risiko für eine KHK (relatives Risiko [RR]: 0,81; 95%-Konfidenzintervall [KI]: 0,75-0,87), einem um 12 % geringeren Schlaganfallrisiko (RR: 0,88; 95%-KI: 0,75-1,03) und um 22 % geringeren Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen (RR: 0,78; 95%-KI: 0,73-0,85) assoziiert.



Diese Mengen an Vollkornprodukten waren außerdem mit einem um 17 % geringeren allgemeinen Sterberisiko (RR: 0,83; 95%-KI: 0,77-0,90) und um 15 % niedrigeren krebsspezifischen Sterberisiko verbunden (RR: 0,85; 95%-KI: 0,80-0,91). Auch die Risiken für Typ-2-Diabetes und Infektionen verringerten sich, und zwar bei einer höheren Verzehrsmenge um relativ 51 % für Diabetes und 26 % für Infektionen.

Die meisten Risikobeziehungen waren nicht linear, ein Verzehr von mehr als 210-225 g Vollkorn pro Tag hatte keine zusätzlich positiven Effekte auf die Risiken. Die Autoren fanden außerdem keine Assoziationen zwischen dem Vollkornverzehr und der Häufigkeit ZNS-bedingter Todesfälle, mit Ausnahme derer durch Schlaganfälle, für die sich bei höherer Verzehrsmenge das relative Sterblichkeitsrisiko um 14 % reduzierte. Die statistischen Analysen ergaben eine hohe Heterogenität der Studienergebnisse.

Fazit: Den Dosis-Ereignis-Berechnungen einer Metaanalyse von 45 Studien zu Folge senkt der Verzehr von Vollkornprodukten das Risiko für kardiovaskuläre und metabolische Erkrankungen und die Sterblichkeit, einschließlich der Krebssterblichkeit. Die protektiven Effekte eines um 90 g/Tag höheren Verzehrs liegen für die Risikoreduktion von Schlaganfällen bei -10 %, für Diabetes bei -50 %. Ein Problem ist die Heterogenität der Studien, teils bedingt durch das breite Spektrum an Vollkornprodukten.

„Die Meta-Analyse fasst die einzelnen Studienergebnisse zu den Beziehungen zwischen Vollkornprodukten zusammen mit dem Ergebnis, dass sowohl eine Erhöhung des Verzehrs von Vollkorngetreiden, als auch eine Erhöhung des Ballaststoffanteils in Getreideprodukten durch die Verwendung weniger stark ausgemahlener Getreide bei deren Herstellung wahrscheinlich Auswirkungen auf unser Krankheitsaufkommen hätte“, kommentiert Prof. Dr. Heiner Boeing, Leiter der Abteilung Epidemiologie Deutsches Institut für Ernährungsforschung Potsdam-Rehbrücke. „Ballaststoffreiche Getreideprodukte sind gute Kandidaten für effektive Krankheitsprävention durch Ernährung.“