

2. Zielstellung

Der UN-Generalsekretär Kofi Annan führte in seiner Rede bei der Abschlussveranstaltung der Weltwirtschaftskonferenz in New York (4.4.2002) die Wirksamkeit der Speisesalz-Jodierung als beispielhaft an. Hier sei es mit geringstem finanziellen und technologischen Aufwand gelungen, dass jährlich 90 Millionen neugeborene Kinder vor Jodmangel geschützt und damit vor schwerster geistiger und körperlicher Behinderung bewahrt werden.

Schon von Weizsäcker, damaliger Bundespräsident, unterzeichnete beim ersten Weltkindergipfel im September 1990 die Verpflichtung zur Prävention und Kontrolle von Mangelkrankheiten. Durch entsprechende Aktionsprogramme sollte dieser Verpflichtung höchste Bedeutung eingeräumt werden.

Da Deutschland nach neuesten Kriterien der WHO (Abschnitt 1.5.1.) immer noch als Jodmangelgebiet zählt, gilt dieser Appell auch noch im 21. Jahrhundert. Lebensmittelindustrie, Ernährungshandwerk und auch Wissenschaftler sind deshalb aufgerufen zur Herstellung und Verarbeitung ihrer Produkte vollständig auf die Verwendung von Jodsalz umzustellen bzw. weiterhin mehr zu informieren und aufzuklären.

Für eines der reichsten Länder der Welt sollten Mangelkrankheiten im 21. Jahrhundert kein Thema mehr sein. Dennoch fehlt nach wie vor etwa ein Drittel Jod zu der von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) e.V. empfohlenen Zufuhrmenge. Anders ausgedrückt, zählt Deutschland bei der Jodversorgung immer noch als „Entwicklungsland“ mit entsprechend hohen Kosten.

Absolut gegensätzlich lautete der Bericht der WHO 2003 zur Jodversorgung für Deutschland, da hier ein unrealistischer Mittelwert von 148 µg/l zugrunde gelegt wurde, der als Durchschnittswert aus einer nationalen und mehreren regionalen Studien ermittelt wurde. Danach war Deutschland als jodmangelfrei publiziert worden. (AJK 2003, Abb. 4)

In der hier vorliegenden Arbeit wurden aktuelle Urinjoduntersuchungen Berliner Neugeborener der Jahre 2001 und 2004 vorgenommen, und es erfolgte eine umfangreiche retrospektive Auswertung vorhandener Daten der längsten

und somit kontinuierlichsten Urinjodmonitoringstudie der Berliner Neugeborenen auf der Basis der WHO-Kriterien zur Beseitigung des Jodmangels (Tab. 5).

Danach definiert sich die mediane Urinjodausscheidung einer Population:
unter 20 µg/l als ein schwerer Jodmangel (Grad III),
zwischen 20 und 49 µg/l als ein mäßiger Jodmangel (Grad II),
zwischen 50 und 99 µg/l als ein milder Jodmangel (Grad I),
zwischen 100 und 199 µg/l als optimale Jodversorgung,
zwischen 200 und 299 µg/l als überdurchschnittliche gute Jodversorgung
und
über 300 µg/l als ein exzessiver Jodversorgungsstatus.

Weiterhin wurden vorhandene Urinjodausscheidungsdaten früherer Jahrgänge des Berliner Stadtbezirkes Lichtenberg, an der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Lindenhof, neu eingruppiert und aufgearbeitet sowie aktuelle Jodbestimmungen im Urin von Neugeborenen im Jahr 2004 erhoben und erweitert untersucht.

Somit war es möglich die Entwicklung der Jodversorgung dieser sensiblen und somit aussagekräftigsten Population auf der Basis der aktuellen WHO-Kriterien für die Beseitigung des Jodmangels aufzuzeigen.

Veränderte, d.h. aktualisierte, Fragebögen versuchten bisher weniger beachtete Quellen (z.B. Milchkonsum, Algenernährung, Vitaminpräparate) in der Jodversorgung zu entdecken.