

6. Zusammenfassung

Deutschland hat sich hinsichtlich der Jodversorgung der Bevölkerung in den letzten 20 Jahren aus einem moderaten (mediane Jodausscheidung im Urin 20-49 µg/l) in ein mildes (mediane Jodausscheidung im Urin 50-99 µg/l) Jodmangel land entwickelt. Eine Jodmangelfreiheit bis zum Jahr 2000 wurde nicht erreicht, beide deutsche Staaten gingen verschiedene Wege hinsichtlich der Jodmangelprophylaxe. Nach der Wiedervereinigung gingen die Effekte dieser verschiedenen prophylaktischen Maßnahmen zunächst verloren. Jodsalz war und wurde nicht „Regelsalz“, so dass sich Deutschland in die 12 europäischen Staaten mit einem milden Jodmangel einreicht.

Jodmangel ist einer der entscheidendsten Faktoren für die Strumagenese, die Jodausscheidung im Urin ist ein wichtiger orientierender Parameter für die tägliche alimentäre Jodaufnahme. Besonders im Neugeborenen- und Kindesalter ist eine ausreichende Versorgung mit Jod von hoher Bedeutung für die Entwicklung und die Leistungsfähigkeit sowie für die Prävention chronischer Erkrankungen.

In den Ergebnissen der längsten und kontinuierlichsten deutschen Urinjodmonitoringstudie Neugeborener, begonnen 1980 in Jena, fortgeführt seit 1991 in Berlin, wird die Verbesserung der Jodversorgung unter der Jodmangelprophylaxe deutlich, die Neugeborenenstruma trat und tritt nicht mehr auf.

Wir überblicken seit 1991 insgesamt 2136 Urinjoduntersuchungen bei 2 bis 5 Tage alten Neugeborenen, davon wurden seit 2001 1034 Urinjodmessungen durchgeführt. Die Medianwerte der Urinjodausscheidungen Berliner Neugeborener haben sich vervierfacht: 1991 30,0 µg/l und 2004 123,6 µg/l, im Stadtbezirk Berlin-Lichtenberg zum Vergleich 1991 35,9 µg/l und 2004 130,8 µg/l. Die Hälfte der Neugeborenen zeigten 2004 eine optimale Jodausscheidung (Berlin: 45,5%, Berlin-Lichtenberg 56,2%). In der Auswertung auffallend ist der Anteil der Jodausscheidungskonzentrationen über 200 µg/l, im Jahr 2001 mit 23% und im Jahr 2004 mit 22%.

Die Ursachen hierfür sind vielschichtig. Die zunehmende Akzeptanz der Lebensmittelhersteller jodiertes Speisesalz zu verwenden sowie die verstärkte Verwendung von jodierten Mineralstoffmischungen für Milchkühe erklären den gestiegenen Jodgehalt der Lebensmittel in den letzten 10 Jahren, insbesonde-

re bei Milch und Milchprodukten. Die weitere Steigerung des Jodsalzanteiles am gesamten Speisesalzabsatz in Haushaltsgebinden auf 79,5%, davon entfallen 63,1% auf Jodsalz mit Fluorid, trägt zu einer ausreichend guten Jodgrundversorgung bei. Der Absatz an reinem Jodsalz stagniert auf hohem Niveau. Jedoch hervorzuheben ist der jährlich steigende Absatz von rezeptfreien jodenthaltenden Nahrungsergänzungsmitteln und Arzneien mit Jod, wie den jodhaltigen Folsäurekombinationspräparaten (Jod, Folsäure und Vitamine) und den Spurenelementen. Die Jodaufnahme über mehrere Nahrungsquellen und der Jodgehalt von Folsäurekombinations- und Spurenelementpräparaten sowie den jodenthaltenden Nahrungsergänzungsmitteln als zusätzliche Jodquellen sind in der Schwangerschaft zu berücksichtigen. Deshalb wurde seit Dezember 2004 auf Beschluss des Arbeitskreises Jodmangel ein Jodfragebogen für Schwangere eingeführt, um anhand der individuellen Anamnese eine physiologische Gesamtjodzufuhr der Schwangeren und Stillenden anzustreben. Generell wird die zusätzliche Jodsubstitution in besonderen Lebensphasen wie der Schwangerschaft und Stillperiode mit 100 bis 150 µg/Tag empfohlen. Wegen des deutschlandweiten milden Jodmangels muss das Problembewusstsein ständig aktualisiert bleiben, vor allem sollten regelmäßige Kontrollstudien in Risikogruppen und in der gesamten Bevölkerung durchgeführt werden, um rechtzeitige Veränderungen in den Strategien der Jodmangelprophylaxe und in der zusätzlichen Jodsubstitution anzuzeigen.