

P.C. Scriba¹ · H. Heseke² · A. Fischer³

¹ Medizinische Klinik Innenstadt, Universität München, München

² Ernährung und Verbraucherbildung, Department Sport und Gesundheit, Fakultät für Naturwissenschaften, Universität Paderborn, Paderborn

³ Arbeitskreis Jodmangel, Organisationsstelle c/o Praxis Press, Groß-Gerau

Jodmangel und Jodversorgung in Deutschland

Erfolgreiche Verbraucherbildung und Prävention am Beispiel von jodiertem Speisesalz

In Deutschland liegt ein ernährungsbedingter Jodmangel vor. Weil Ackerböden, Anbauflächen und Weiden kein oder nur Spuren von Jod enthalten, sind pflanzliche und tierische Lebensmittel von Natur aus jodarm. Tierische Nahrungsmittel wie Milch (Produkte) enthalten Jod in Abhängigkeit von der Jodanreicherung des Tierfutters. Natürlich jodreich sind Seefisch und Meerestiere, deren Verzehrsmengen in Deutschland zur Jodbedarfsdeckung nicht ausreichen. In diesem Heft werden in nachfolgenden Beiträgen Jodmangel und Jodversorgung in Deutschland ausführlich dargestellt.

Im vorliegenden Beitrag wird beschrieben,

- wann und wie die Jodmangelprophylaxe in Deutschland aufgebaut wurde,
- wie sich die Jodversorgung verbessert hat und
- dass der bisherige Präventionserfolg nur durch Nachhaltigkeit erreicht werden konnte.

Vorgeschichte

Bis zum Jahre 1981 wurde lediglich in Bayern ein instabiles „Vollsalz“ vertrieben [4]. Der Anteil des jodierten Speisesalzes betrug in Deutschland zunächst et-

wa 1% (■ **Abb. 1**). Anfang der 1970er Jahre wurde durch die Sektion Schilddrüse der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie erstmals eine flächendeckende Analyse der Jodausscheidung im Urin und damit der alimentären Jodversorgung in der BRD durchgeführt. Der festgestellte Jodmangel entsprach dem WHO-Schweregrad II [3]. Zugleich erfolgte eine palpatorische Erfassung der Strumahäufigkeit bei Heranwachsenden und bei Rekruten [3, 8]. Die Kropfhäufigkeit bei Rekruten betrug im Mittel 15% [8]. Bei Kindern und Jugendlichen wurde eine Kropfhäufigkeit von 53% [3] und ein Grad-III-Jodmangel festgestellt. Neugeborene hatten zu 3–9% (maximal bis 21%) eine Struma neonatorum [13].

Untersuchungen in der DDR ergaben bei Rekruten eine Strumaprävalenz von 12% [11], bei Heranwachsenden von 47% [5] und im Süden der früheren DDR betrug die Häufigkeit der Neugeborenenstruma 7–12% (bis maximal 24%), [12].

Mitte der 1970er Jahre lenkten auch Ernährungswissenschaftler ihre Aufmerksamkeit auf den alimentären Jodmangel in der BRD und die Notwendigkeit eines Eingreifens [7]. Auf der Basis des wissenschaftlich belegbaren Jodmangels versuchten Mediziner und Ernährungswissenschaftler durch Publika-

tionen (Bücher, Vorträge, Zeitschriftenartikel), durch Fernsehbeiträge, Hörfunksendungen und anderes mehr, die Bevölkerung über die Notwendigkeit einer ausreichenden Jodzufuhr und über die Möglichkeiten der Vorbeugung von jodmangelbedingten Schilddrüsenerkrankungen zu informieren. Der Erfolg war zunächst mäßig. Bis Anfang der 1980er Jahre wurde schließlich von etwa 5% der Bevölkerung Speisesalz mit Jodzusatz verwendet (■ **Abb. 1**).

Arbeitskreis Jodmangel und Interdisziplinäre Jodkommission

Im Jahre 1981 erfolgte auf Vorschlag der Sektion Schilddrüse der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie eine Neufassung der Diätverordnung. Danach wurde der Jodgehalt im jodierten Speisesalz von 3–5 mg auf 15–25 mg/kg Speisesalz angehoben. Gleichzeitig erfolgte die Zulassung der chemisch-technologisch stabileren Jodsalze (Natrium-, Kaliumjodat) anstelle von Jodidverbindungen [4]. Außerdem entfiel auf den Salzpackungen der Warnhinweis: „Nur bei ärztlich festgestelltem Jodmangel“. Doch zunächst veränderten auch diese Regelungen den Jodsalzverbrauch nicht merklich.

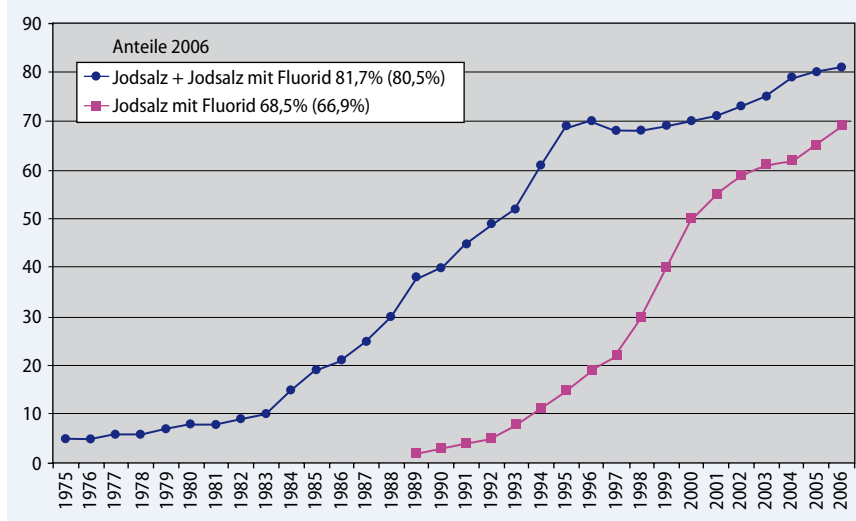


Abb. 1 ▲ Entwicklung der Marktanteile von Jodsalz und Jodsalz mit Fluorid am gesamten Speisesalzabsatz in Haushaltsgebinden in Deutschland (Arbeitskreis Jodmangel)

Im April 1984 gründeten Mediziner der Sektion Schilddrüse der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie und Präsidiumsmitglieder der Deutschen Gesellschaft für Ernährung den „Arbeitskreis Jodmangel“. In der Begrüßungsrede für die konstituierende Sitzung in Bonn sagte P.C. Scriba: „Es hat nicht an Stimmen gefehlt, die – allerdings leider ohne Erfolg – seit den 20er Jahren auch für Deutschland die Vorbeugung gegen den Kropf unter anderem mit Hilfe jodierten Speisesalzes forderten. Vor 10 Jahren nahm die Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie mit der Sektion Schilddrüse einen neuen Anlauf. 1974 wurden die epidemiologischen Daten über Kropfhäufigkeit und Ausmaß des Jodmangels in der Bundesrepublik Deutschland in einer Gemeinschaftsstudie erarbeitet und 1975 veröffentlicht [3, 8]. Seither haben viele Mitglieder der Sektion Schilddrüse in zahlreichen Fortbildungsveranstaltungen versucht, die Ärzteschaft über die Notwendigkeit der Jodprophylaxe zu informieren und mit Hilfe der Medien wie Fernsehen, Funk und Zeitungen die Bevölkerung über den Nutzen des jodierten Speisesalzes aufzuklären und zur Benutzung von „Jodsalz“ anzuhalten. Das Ziel die Bevölkerung praktisch vollständig zur freiwilligen Benutzung von „Jodsalz“ zu bringen, ist bisher leider nicht erreicht worden ...“ [9].

In der ehemaligen DDR begann die Kropfprophylaxe durch Einführung von jodiertem Speisesalz in den südlichen Bezirken 1983. Eine „Interdisziplinäre Jod-

kommission“ wurde 1985 gegründet, deren Mitglieder nach der Wende in den Arbeitskreis Jodmangel integriert wurden. Ab 1985 erfolgte die Jodierung von 84% des gesamten Paketsalzes mit durchschnittlich 20 mg Jod als Kaliumjodat/kg Kochsalz. Dieses Salz wurde in der gesamten damaligen DDR ausgeliefert (Regelsalz). Ein Jahr später wurden jodierte Mineralstoffmischungen für die Fütterung von Schweinen und Rindern eingeführt [12], sodass es indirekt durch den Verzehr von Fleisch und Milch (produkten) sowie Käse zu einer Erhöhung der alimentären Jodzufuhr kam. Diese Maßnahmen wurden auf Expertenebene diskutiert, eine Information der Verbraucher in der DDR fand hingegen nicht statt.

Die Jodprophylaxe führte zwar bis zur Wiedervereinigung 1989/1990 nicht zu einer Beseitigung des Jodmangels in der DDR, dennoch waren gute Wirkungen zu verzeichnen. So ging die Häufigkeit der Struma neonatorum in Jena, Leipzig und Halle auf <1% im Jahr 1986 zurück [1, 6].

Mit dem Einigungsvertrag übernahmen die neuen Bundesländer die gesetzlichen Regelungen der BRD. Die Verwendung von jodiertem Speisesalz unterlag damit dem Freiwilligkeitsprinzip. Fehlende Aufklärung und Information der Verbraucher führten innerhalb der nächsten 2–3 Jahre dazu, dass Jodsalz weniger nachgefragt wurde und die Jodurie auf ein Niveau wie vor der Einführung der Jodmangelprophylaxe in der DDR zurückfiel.

Öffentlichkeitsarbeit und interdisziplinäre Zusammenarbeit

Mit der Gründung des Arbeitskreises Jodmangel begann im April 1984 die Zusammenarbeit mit der Public-Relations-Agentur Praxis-Press von A. Fischer. Mit Beginn dieser Zusammenarbeit und der Aufnahme intensiver und vielfältiger Informationsarbeit stiegen dann auch die Marktanteile von Jodsalz und später von Jodsalz mit Fluorid am gesamten Speisesalz in Haushaltsgebinden in Deutschland bis auf jetzt annähernd 82% (■ **Abb. 1**). Dieser Durchbruch bei der Verbesserung der Jodversorgung konnte nur mit konsequent sachlicher Aufklärung und Schaffung eines „Jodbewusstseins“ erreicht werden. Die Bevölkerung, aber auch Ärzte sowie Mittlerkräfte aus den Bereichen der Ernährungsberatung, des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Krankenkassen, von Berufsverbänden etc. wurden über Verbreitung, Folgen und Abhilfemöglichkeiten des Jodmangels informiert.

Dabei wurde und wird der Arbeitskreis Jodmangel nicht nur vom Bundesministerium für Gesundheit, vom Bundesministerium für Landwirtschaft, Ernährung und Verbraucherschutz sowie den Sozial- und Gesundheitsministerien der Länder unterstützt, sondern auch von einer Vielzahl von Fachinstitutionen. So weist die Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE) beispielsweise bei Ernährungsempfehlungen immer wieder auf die Bedeutung einer ausreichenden Jodversorgung (insbesondere bei Schwangeren und Stillenden) hin. Gleiches gilt für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, Köln). Durch deren Bereitstellung und breiten Einsatz von Informationsmaterial, durch groß angelegte Mailingaktionen, v. a. aber durch die Einführung des Jodsiegels im Jahre 1996 hat die BZgA wesentlich zur Aufklärung der Bevölkerung und Motivation wichtiger Zielgruppen wie Bäcker, Fleischer und Unternehmen der Lebensmittelindustrie beigetragen.

Breite Unterstützung ging auch von der Deutschen Ärzteschaft, vom öffentlichen Gesundheitsdienst, von Krankenkassen, von der Ernährungsberatung und von Schulen und anderen Bildungseinrichtungen aus. Auch der Sachverständi-

genrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (später Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) hat seit 1994 in jedem seiner Gutachten auf die Bedeutung der Jodprophylaxe hingewiesen [13, 14, 15, 16]. Vorrangiges Ziel ist es dabei, Jodsalz in die gesamte Nahrungskette einzubringen, immer nach dem Leitsatz:

➤ „Wenn Salz – dann Jodsalz“

Die Arbeit des Arbeitskreises Jodmangel wird durch Beiträge der Salzindustrie und, in geringerem Umfang, durch Pharmaunternehmen, die Jodpräparate herstellen, finanziert. Der multidisziplinär zusammengesetzte aktive Kreis von 14 Mediziner*innen und Ernährungswissenschaftler*innen garantiert die wissenschaftliche Unabhängigkeit des Arbeitskreises Jodmangel (<http://www.jodmangel.de>).

Verbraucherbildung durch breitgefächerte und lösungsorientierte Ansprache

Auf der Basis der oben skizzierten vielfältigen Kooperationen erfolgt seit 1984 eine gezielte und kontinuierliche Ansprache der breiten Bevölkerung und von speziellen Zielgruppen (z. B. Schwangere und Stillende) sowie von Multiplikatoren. Der Arbeitskreis Jodmangel wendet sich v. a. an

- Fachkräfte des Gesundheitswesens: Öffentlicher Gesundheitsdienst, Gesundheitsämter, Ärzte, Apotheker, Hebammen, Familien- und Schwangerschaftsberatungsstellen, Krankenkassen, betriebliche Gesundheitsdienste und
- Ernährungsberatungskräfte,

die wiederum als Multiplikatoren in der Patientenaufklärung, in der Verbraucherbildung oder Mütterberatung fungieren. Ernährungsfachkräfte können darüber hinaus Einfluss auf Verantwortliche in der Gemeinschaftsverpflegung, im Lebensmittelgewerbe und in der Lebensmittelindustrie nehmen. Multiplikative Langzeiteffekte gingen und gehen ferner vom Bildungswesen (Kindergärten, Schulen, Erwachsenenbildung) aus.

Präv Gesundheitsf 2007 · 2:143–148 DOI 10.1007/s11553-007-0074-0
© Springer Medizin Verlag 2007

P.C. Scriba · H. Hesecker · A. Fischer

Jodmangel und Jodversorgung in Deutschland. Erfolgreiche Verbraucherbildung und Prävention am Beispiel von jodiertem Speisesalz

Zusammenfassung

Hintergrund. Der Jodmangel ist ein naturbedingtes Phänomen und das Strumavorkommen ist in zahlreichen Ländern weltweit endemisch – so auch in Deutschland.

Methode. Als Mittel der Wahl empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Jodsalzprophylaxe, d. h. die bedarfsgerechte Anreicherung von Speisesalz mit Jod. Die Verwendung von Jodsalz erfolgt in Deutschland freiwillig.

Ergebnisse. Die Jodmangelprophylaxe in Deutschland ist in den letzten 20 Jahren zu einem großen Erfolg geworden. Dies gilt im Besonderen für die Verwendung von Jodsalz in derzeit >80% der Haushalte, in 70–80% der Gaststätten und Einrichtungen der Gemeinschaftsverpflegung sowie in 60–85% der Fleischereien und Bäckereien.

Schlussfolgerungen. Diese Erfolge sind v. a. einer intensiven und professionellen Öff-

entlichkeitsarbeit zu verdanken, die vielfältig durch Ministerien, Behörden, Ernährungsfachkräfte und Heilberufe im weitesten Sinne unterstützt wurde. Wie bei jeder Vorbeugung muss die Wirksamkeit der Maßnahmen in Zukunft evaluiert und evtl. korrigiert werden. Der naturgegebene Jodmangel kann an sich nicht beseitigt werden. Die Anstrengungen zur Umsetzung der Jodsalzprophylaxe müssen daher dauerhaft, konsequent und beharrlich fortgeführt und weiter ausgebaut sowie ggf. angepasst werden, um jodmangelbedingte Gesundheitsstörungen in Deutschland zurückzudrängen.

Schlüsselwörter

Jodmangel · Prävention · „Public relations“/ Öffentlichkeitsarbeit · Jodsalzprophylaxe · Erfolge in Deutschland

Iodine deficiency and supplementation in Germany. Success of public information and prevention as exemplified by iodized salt

Abstract

Background. Iodine deficiency is a natural phenomenon and goitre is an endemic health problem in numerous countries including Germany.

Methods. On the recommendation of the WHO, iodization of salt for human consumption is the main strategy to control iodine deficiency. In Germany the use of iodized salt is optional.

Results. Iodine prophylaxis has been successfully introduced into Germany over the last 20 years. Currently, iodized salt is used by more 80% of the private households, by 70–80% of restaurants and canteens and 60–80% of bakeries and butchers.

Conclusions. The progress of iodine prophylaxis is mainly due to intensive and profes-

sional public relations activities, supported by the government, administration, nutritionists and all kinds of health professionals. However, this preventive measure, as for any other, has to be monitored and evaluated for effectiveness and perhaps corrected. Iodine deficiency as a natural phenomenon cannot be eliminated. Efforts to realise iodine prophylaxis must be continued and developed continuously, consistently and persistently in order to prevent iodine deficiency disorders.

Keywords

Iodine deficiency · Prevention · Public relations/publicity · Iodine prophylaxis · Success in Germany

Tab. 1 Gesetzliche Maßnahmen zur Verbesserung der Jodversorgung in Deutschland ([10], ergänzt)

Neue Bundesländer (bis 1990: DDR)		Alte Bundesländer	
Jahr	Maßnahmen	Jahr	Maßnahmen
		1959	Diät-Fremdstoff-Verordnung: 3–5 mg NaJ, KJ bzw. CaJ/kg Speisesalz; Freiwilligkeitsprinzip
		1970	Jodgehalt in Futtermitteln auf maximal 40 mg/kg festgesetzt
1979	Entwurf eines „Kropfbekämpfungsprogramms“		
1983	Jodsalzprophylaxe für Südbezirke und Bezirk Cottbus (20 mg KJ/kg)	1981	Neufassung der Diätverordnung Warnhinweises „nur bei ärztlich festgestelltem Jodmangel“ entfällt; jodiertes Speisesalz mit 15–25 mg Jod/kg in Form von NaJO ₃ , KJO ₃ ; Verwendung nur im Haushalt; Freiwilligkeitsprinzips
1985	Gründung der interdisziplinären Jodkommission: 84% des Paketsalzes werden mit 32 mg KJO ₃ /kg Salz (20 mg Jod/kg) jodiert; „generelle Jodmangelprophylaxe“	1984	Gründung des Arbeitskreises Jodmangel: verstärkte Öffentlichkeitsarbeit
1986	Jodierte Mineralstoffmischungen bei Nutztieren	1989	Jodiertes Speisesalz wird aus der Diätverordnung in die Zusatzstoff-Zulassungsverordnung überführt; Verwendung in Großküchen und Lebensmittelherstellung möglich
1990	Nach der Wiedervereinigung gelten in den alten und neuen Bundesländern die gleichen Gesetze, somit insbesondere auch das Freiwilligkeitsprinzip bei der Jodmangelprophylaxe; UNICEF-Verpflichtungserklärung den Jodmangel bis zum Jahr 2000 erfolgreich zu bekämpfen		
1991	Jodierung des Sacksalzes		
1992	Der europäische Binnenmarkt erleichtert Lebensmitteln aus gut jodversorgten Ländern den Weg nach Deutschland		
1993	Wegfall der Doppeldeklarierungspflicht für jodiertes Speisesalz und Kennzeichnung für lose verkaufte Back-, Fleisch- und Wurstwaren; Verwendung von jodiertem Nitritpökelsalz in der Fleischverordnung und jodiertem Speisesalz in der Käseverordnung		
1996	Einführung des Jodsiegels		
1997–2005	Änderung der Futtermittelverordnung insgesamt 10 mg Jod/kg Futtermittel, Herabsetzung der Futtermitteljodierung auf 5 mg/kg		

Eingesetzte Kommunikationsformen und -mittel sind:

- kostenfreie Informationsmaterialien (Handzettel, Merkblätter, Broschüren, Plakate, Aufkleber, Unterrichtsmaterial, Filme, CDs etc.) für Ärzte, Ernährungsberater oder Hebammen sowie deren Patienten, für Erzieher, Lehrer sowie Eltern, für Verantwortliche in Lebensmittelgewerbe (Bäcker, Fleischer, Köche, Hauswirtschafter der Gemeinschaftsverpflegung) und Lebensmittelindustrie;
- persönliche Briefaktionen, Massenmailings und Beilagen zu Fachzeitschriften für eine gezielte Ansprache von Kindergärten, Schulen, Kranken-

kassen, der Ärzteschaft (z. B. Gynäkologen, Kinderärzte, Ärzte im öffentlichen Gesundheitswesen), Ernährungsberatungskräften oder Verantwortlichen in der Lebensmittelindustrie;

- Kongress- und Veranstaltungspräsenz durch Vorträge von Mitgliedern des Arbeitskreis Jodmangels und Infostände mit Fachberatung bei Medizin- und Ernährungskongressen sowie bei Fachmessen;
- Veranstaltungen und Diskussionsforen für Verbraucher (z. B. Infostände bei Gesundheitstagen und Messen) sowie landesweite Jodaktionswochen in verschiedenen Bundesländern und

regionale Informationsveranstaltungen, z. T. in Kooperation mit Institutionen des Gesundheits- und Ernährungsberatungswesens;

- breit angelegte Medienaktivitäten über Fernsehen, Rundfunk und Printmedien, dabei auch Interviews, Expertengespräche durch Mitglieder des Arbeitskreis Jodmangel;
- Internetseiten des AK Jodmangels (<http://www.jodmangel.de>).

Bei allen Kommunikationsformen wird nicht nur auf Information abgezielt, sondern auch auf die Vermittlung praxisnaher Ratschläge. Diese beinhalten bei der Ansprache von Verbrauchern und Patienten beispielsweise konkrete Ernährungsempfehlungen, Anleitungen für die Auswahl von verarbeiteten Produkten, Aufklärung über die Jodsalkkennzeichnung auf Verpackungen und Hinweise, für wen die ergänzende Einnahme von Jodtabletten erforderlich sein kann (z. B. Schwangere, Stillende). Lebensmittelhandwerk (Bäcker, Fleischer) und Nahrungsmittelindustrie werden hingegen zu technologischen Eigenschaften von Jodsalz oder von jodiertem Nitritpökelsalz bzw. über lebensmittelrechtliche Regelungen (z. B. Deklaration, Handhabung des Jodsiegels etc.) beraten. Materialien für den Schul- und Erziehungsbereich geben wiederum Anregungen zur inhaltlichen Vermittlung des Themas „Jod“ und zur Konzeption von Unterrichtseinheiten. Mittlerkräften werden beispielsweise komplette Materialien (inklusive Overheadfolien bzw. PowerPoint-Präsentationen) für die Gestaltung von Vortragsveranstaltungen und Schulungen zur Verfügung gestellt.

Entwicklung rechtlicher Regelungen

Ein weiterer entscheidender Schwerpunkt in der Arbeit des Arbeitskreis Jodmangel war und ist es, gesetzgeberische Initiativen zu stimulieren, um die rechtlichen Voraussetzungen für einen breiten Einsatz und Verbrauch von jodiertem Speisesalz zu schaffen und weiter zu verbessern. Bis heute erfolgt die Verwendung des jodierten Speisesalzes in Deutschland, anders als beispielsweise in Österreich oder der Schweiz, auf freiwilliger Basis. Des-

halb ist die intensive und konsequente Aufklärungsarbeit auch so wichtig.

Seit 1989 ist Jodsalz nicht länger Diätlebensmittel, sondern Lebensmittel des allgemeinen Verzehrs. Das ermöglichte den Einsatz von Jodsalz in allen Bereichen der Lebensmittelherstellung sowie in Gastronomie und Gemeinschaftsverpflegung. Seit 1991 ist zudem die Verwendung von Jodsalz als jodiertes Nitritpökelsalz für die Herstellung von Wurst-/Fleischwaren erlaubt. Ferner wurde die rechtliche Voraussetzung für die Anreicherung von Säuglingsmilch und Säuglingsbreinahrung mit Jod ermöglicht. Seit 1993 sind die Kennzeichnungsvorschriften für mit Jodsalz hergestellte Lebensmittel neu geregelt:

- bei verpackten Lebensmitteln reicht ein Hinweis im Zutatenverzeichnis,
- bei lose verkauften Lebensmitteln sowie in der Gemeinschaftsverpflegung ist eine Kennzeichnung nicht erforderlich; freiwillige Angaben sind jedoch erlaubt,
- ferner wurde der Begriff „Jodsalz“ erlaubt.

Einen Überblick über die gesetzgeberischen Maßnahmen zur Verbesserung der Jodprophylaxe gibt **Tab. 1**.

Ergebnisse

Derzeit verwenden etwa 84% aller Haushalte Jodsalz oder Jodsalz mit Fluorid. Beim Verbrauch des jodierten Speisesalzes in Haushaltspackungen hat sich der Anteil von Jodsalz und Jodsalz mit Fluorid auf jetzt 81,7% erhöht (**Abb. 1**). Davon nimmt Jodsalz mit Fluorid einen Anteil von 68,5% ein. Das ist ein befriedigender Erfolg, auch mit Blick auf die von der WHO empfohlene Zielmarke von 90% für den haushaltsmäßigen Gebrauch von Jodsalz.

Ein weiteres positives Ergebnis der Jodmangelprophylaxe ist, dass die Mehrzahl (70–80%) von Kantinen, Mensen und Betriebsrestaurants sowie ein Großteil (60–85%) der Bäcker- und Fleischerbetriebe Jodsalz verwenden. Das Interesse am Thema Jodmangel und die Bereitschaft zur Umsetzung der Jodprophylaxe war in diesen Bereichen von Beginn der PR-Aufklärung (1984) an sehr groß, und der Beitrag zur Jodversorgung ist wegen des stei-

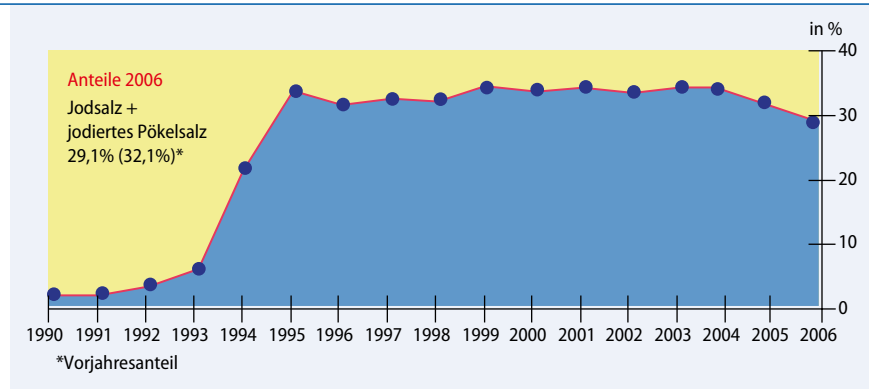


Abb. 2 ▲ Entwicklung der Marktanteile von jodiertem Speise- und Pökelsalz am gesamten Speisesalzabsatz in Großgebunden in Deutschland

genden Trends zur Außer-Haus-Verpflegung und des in Deutschland hohen Pro-Kopf-Verzehrs von Brot und Backwaren von besonderer Bedeutung.

Bei den Großgebunden (inklusive loser Ware – hier wäre gemäß WHO ein Anteil von mindestens 70% wünschenswert) ist dagegen ein Rückgang von 35% im Jahre 2004 auf jetzt 29,1% zu bedauern (**Abb. 2**). Dafür wird seitens der Salzindustrie eine Reihe von Gründen aufgeführt:

- mehr Billigimporte von Salz,
- verstärkter Rückgang kleinerer und mittlerer Betriebe (Bäcker, Fleischer),
- Preisunterschied zwischen dem herkömmlichen unjodierten Salz und Jodsalz bei größeren Einkaufseinheiten und
- nach wie vor bestehende Handelshemmnisse auf EU-Ebene.

Der letzte Aspekt ist speziell für international agierende Unternehmen der Nahrungsmittelindustrie von Bedeutung. So führen länderspezifisch unterschiedliche Jodverordnungen, unterschiedliche Programme zur Jodmangelprophylaxe und differierende Zulassungen von Jodsalzverbindungen zu Einfuhrhemmnissen. In der Folge greifen exportorientierte Nahrungsmittelhersteller in der Verarbeitung auf unjodiertes Salz zurück.

Der bisher erreichte Stand des Jodsalzverbrauchs im privaten Haushalt und in allen Bereichen der Lebensmittelerzeugung und des Speisenangebots hat zu einer deutlichen Verbesserung der Jodversorgung geführt. Die Jodsalzprophylaxe erweist sich als wirksam. Vor allem in der heranwachsenden Generation zeichnen

sich positive Entwicklungen ab. So gibt es kaum noch Neugeborenenkröpfe (Häufigkeit von <0,1%) und bei Kindern und Jugendlichen ist ein Rückgang der Kropfhäufigkeit auf 4 respektive 9% festzustellen [2, 12, 18].

Nachhaltigkeit

Ein grundsätzliches Problem stellt bei allen Präventionsansätzen die Nachhaltigkeit dar. Es lassen sich durch überzeugende und gut konzipierte Kampagnen Aufmerksamkeit und Verhaltensänderungen in der Bevölkerung erreichen (z. B. Kampagnen zu mehr Bewegung, Aids-Prävention, Anti-Raucherkampagnen). Eine Prävention ist aber nur dann erfolgreich, wenn sich solche Verhaltensveränderungen verfestigen, langfristig beibehalten und von Betroffenen oder aber generell vom Verbraucher nicht mehr in Frage gestellt werden. Legt man diese Kriterien an, so ist die Jodprophylaxe als besonders erfolgreich anzusehen.

Langfristige Erfolge in der Präventionsarbeit sind aber nur dann zu erwarten, wenn die Thematik nicht aus dem Blickfeld der Verbraucher bzw. Patienten gerät, sondern mit Kontinuität und Beharrlichkeit immer wieder in Erinnerung gerufen wird. In diesem Zusammenhang ist besonders hervorzuheben, dass die Öffentlichkeitsarbeit des Arbeitskreis Jodmangel seit >20 Jahren mit großer Intensität, Konsequenz und Seriosität – eben nachhaltig und professionell von Fachleuten – durchgeführt wird. Dabei hat sich die Art der Kommunikation stets neuen Entwicklungen angepasst (z. B. Internetauftritt, Gestaltung von Infomaterial etc.), um die

Aufmerksamkeit für grundsätzlich Bekanntes zu erhalten und um jüngere Generationen zu erreichen. Glaubwürdigkeit und Qualität des Informationsgehalts sind dabei beibehalten worden. Zudem bedürfen langfristige Präventionserfolge einer gesicherten Finanzierung. Daran mangelt es in Deutschland generell ganz erheblich. Im Falle der Jodmangelprophylaxe konnte dies jedoch sichergestellt werden.

Zu einer langfristigen Präventionsarbeit gehört durchaus auch die Auseinandersetzung mit Meinungsgegnern, mit Verbraucherängsten und -zweifeln. Auch in diesem Zusammenhang ist eine beharrliche, glaubwürdige und ausdauernde Gegenargumentation in Medien und Informationsmaterialien von Bedeutung. Zudem ist es wichtig, beispielsweise Mittlerkräfte oder auch Ärzte mit hinreichenden Informationen und Daten für eine Diskussion zu versorgen. Im Falle der Jodmangelprophylaxe wird kontrovers diskutiert, ob „Jodgegner“ [2, 17] wirklich der Verwendung von jodiertem Speisesalz schaden. Einzelne kleinere Betriebe im Bereich des Bäcker- und Fleischerhandwerks können in der Tat verunsichert worden sein. Andererseits halten Aktivitäten von „Jodgegnern“ die Aufmerksamkeit für das Thema Jodprophylaxe aufrecht. Sie tragen somit sicher auch dazu bei, die erforderliche Nachhaltigkeit der Präventionskampagnen zu erreichen.

Für die Sicherung erzielter Fortschritte und den weiteren Ausbau der Jodprophylaxe muss die Wirksamkeit der bisherigen Maßnahmen überwacht werden. Ein solches Monitoring ist erforderlich, um eventuell Strategien und Schwerpunkte der Aufklärung und gesundheitspolitische Maßnahmen anzupassen. In diesem Zusammenhang werden die Ergebnisse der KIGGS-Studie des Robert-Koch-Instituts außerordentlich hilfreich sein. Denn zur KIGGS-Studie, einer repräsentativen bundesweiten und in ihrer Konzeption bislang einmaligen Untersuchung zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (18.000 Jungen und Mädchen aus 167 Orten), gehört als Untersuchungsschwerpunkt auch die Erfassung der Schilddrüsengesundheit (Sonographie) und der Jodversorgung [18].

Fazit für die Praxis

Jodmangel ist naturgegeben, kann nicht wirklich beseitigt und muss daher fortwährend durch Prophylaxe ausgeglichen werden. In Deutschland wurde in den vergangenen 20 Jahren erreicht, dass befriedigende 80% der Bevölkerung freiwillig jodiertes Speisesalz benutzen. Erste Gesundheitsverbesserungen lassen sich z. B. am Verschwinden des Neugeborenenkropfes nachweisen. Jede Prophylaxe muss alle paar Jahre überprüft (Monitoring) und ggf. angepasst werden. Um das Interesse der Allgemeinheit aufrecht zu erhalten, ist professionelle Öffentlichkeitsarbeit erforderlich, für die die Jodprophylaxe ein erfolgreiches Beispiel darstellt.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Dr. h.c. P.C. Scriba



Medizinische Klinik Innenstadt,
Universität München
Ziemssenstraße 1,
80336 München
peter.scriba@
med.uni-muenchen.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor weist auf folgende Beziehung hin: Er ist Sprecher des Arbeitskreises Jodmangel (PCS). Trotz des möglichen Interessenkonflikts ist der Beitrag unabhängig und produktneutral.

Literatur

1. Bauch KH, Seitz W, Förster S, Keil U (1990) Zur Frage des alimentären Jodmangels in der DDR nach Einführung der interdisziplinären Jodprophylaxe. Z Gesamte Inn Med 45: 8–11
2. Großklaus R (2007) Nutzen und Risiken der Jodprophylaxe – Einfluss von Jodsalz auf Schilddrüsenerkrankungen und die Gesundheit des Menschen. Prävention Gesundheitsförderung 3
3. Habermann J, Heinze HG, Horn K et al. (1975) Alimentärer Jodmangel in der Bundesrepublik Deutschland. Dtsch Med Wochenschr 100: 1937–1945
4. Habermann J, Jungermann A, Scriba PC (1978) Qualität und Stabilität von jodierten Speisesalzen. Ernährungs-Umschau 25: 45–48
5. Hesse V, Betram-Bewer G, Edelmann H et al. (1978) Orientierende Untersuchungen zur Strumahäufigkeit und Urinjodausscheidung bei Schülern der DDR. Dtsch Ges Wesen 33: 2280–2286
6. Hesse V, Rönnefahrt G, Sander I et al. (1988) Erste Erfolge des Jodierungsprogramms der DDR. Kinderärztl Prax 56: 233–240
7. Hötzel D, Pietrzik K, Thomas M (1976) Jodversorgung in der BRD. Ernährungs-Umschau 23: 244–249
8. Horster FA, Klusmann G, Wildmeister W (1975) Der Kropf eine endemische Krankheit in der Bundesrepublik? Dtsch Med Wochenschr 100: 8–9

9. Krömer R (2001) Dissertation: Die Entwicklung und Durchsetzung der Jodmangelbeseitigung in der Bundesrepublik Deutschland unter besonderer Berücksichtigung der Rolle des „Arbeitskreis Jodmangel“. Technische Universität, München, S 1–113
10. Manz F, Anke M, Bohnet T et al. (Hrsg) (1998) Jod Monitoring 1996 – Repräsentative Studie zur Erfassung des Jodversorgungszustandes der Bevölkerung Deutschlands, Abschlussbericht. Schriftenreihe des BGM, Bd. 110. Nomos, Baden-Baden, S 1–264
11. Meng W, Ventz M, Weber S, Bednar J (1981) Struma und alimentärer Jodmangel in der DDR. Dtsch Ges Wesen 36: 1275–1279
12. Meng W, Scriba PC (2002) Jodversorgung in Deutschland. Probleme und erforderliche Maßnahmen: Update 2002. Dtsch Arztebl 99: B2185–B2189
13. Sachverständigenrat für die Konzierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg) (1994) Sachstandsbericht 1994. Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Nomos, Baden-Baden, S 1–408
14. Sachverständigenrat für die Konzierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg) (1995) Sondergutachten 1995. Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000, Nomos, Baden-Baden, S 1–205
15. Sachverständigenrat für die Konzierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg) (2000/2001) Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Bd. I.1. Nomos, Baden-Baden, S 1–358; Tab. 15
16. Sachverständigenrat für die Konzierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg) (2003) Gutachten 2003. Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, Bd. II. Nomos, Baden-Baden, S 1–316
17. Scriba PC, Gärtner R (2000) Risiken der Jodprophylaxe? Dtsch Med Wochenschr 125: 671–675
18. Völzke H (2007) Epidemiologie des Jodmangels in Deutschland – Verbreitung, Folgen und Möglichkeiten der Prävention. Prävention Gesundheitsförderung 3