

**Presseinformation**

**Deutschland ist wieder Jodmangelland!**

**Aktuelle Gesundheitsstudie zeigt deutlichen Negativtrend**

**Deutschland ist wieder Jodmangelgebiet, warnen Wissenschaftler des Arbeitskreis Jodmangel (AKJ) im Rahmen der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder und Jugendmedizin in München. Sie berufen sich dabei auf aktuelle Ergebnisse aus dem Jodmonitoring der KiGGS Studie [1] zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Danach liegt die mittlere Jodausscheidung bei 88,8 Mikrogramm pro Liter Urin. „Dies entspricht nach den Kriterien der WHO einem milden Jodmangel“, erklärt AKJ-Beiratsmitglied Michael Thamm. Der Epidemiologe ist verantwortlich für das Jodmonitoring in den nationalen Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts im Auftrag des Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft.**

Laut Thamm sind rund 58 Prozent der Kinder und Jugendlichen hierzulande von einem Jodmangel betroffen. Ursache ist unter anderem der geringe Anteil an jodiertem Speisesalz in verarbeiteten Lebensmitteln. „Sie liefern 80 bis 90 Prozent der täglichen Salzzufuhr. Aber weniger als ein Drittel dieser Lebensmittel enthält Jodsalz“, erläutert Professor Thomas Remer, Senior Scientist und Ernährungsendokrinologe am Studienzentrum DONALD Studie Dortmund der Universität Bonn. Remer, der auch stellvertretender Sprecher des AKJ ist, bezieht sich auf die Ergebnisse einer weiteren aktuellen Untersuchung. Diese Studie [2] im Auftrag des BMEL zur Verwendung von Jodsalz zeige, dass nur 28,5 Prozent der salzhaltigen Lebensmittel jodiertes Speisesalz enthalten. „Für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen ist dieser Trend kritisch“, mahnt der Berliner Kinderendokrinologe und ebenfalls AKJ-Beiratsmitglied Dr. Klaus-Peter Liesenkötter. Zu den möglichen Folgen gehören körperliche und neuronale Entwicklungsstörungen, verminderte kognitive Leistungsfähigkeit sowie langfristig Beeinträchtigungen der Schilddrüsengesundheit. Um diesem Trend effektiv entgegenzuwirken, verweisen die Experten auf drei zentrale Forderungen des AKJ: Für Lebensmittelhandwerk und Industrie sollte gelten: Wenn Salz, dann Jodsalz! Nach dem Schweizer Vorbild sollte außerdem die Jodkonzentration im Salz (derzeit 20 Mikrogramm) auf 25 Mikrogramm Jod pro Gramm Salz angehoben werden. Drittens sollten Anstrengungen unternommen werden, um die Aufklärungsarbeit auf gesellschaftlicher und politischer Ebene zu intensivieren. Denn die Vermutung, dass Jodmangel in Deutschland kein Thema mehr ist, gilt angesichts der KiGGS-Ergebnisse als nicht mehr haltbar, so das eindeutige Resümee der drei AKJ-Experten in München.

***Kurzfassung: 2.593 Zeichen inkl. Leerzeichen***

**Presseinformation**

**Deutschland ist wieder Jodmangelland!**

**Aktuelle Gesundheitsstudie zeigt deutlichen Negativtrend**

München, 13. September 2019 (AKJ) – Der Arbeitskreis Jodmangel e.V. (AKJ) stellte im Rahmen des Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin in München die neuesten Ergebnisse des Jodmonitorings aus der aktuellen Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) [1] sowie weitere Studienergebnisse zur Jodversorgung vor – mit einem beunruhigenden Trend: Die Jodversorgung von Heranwachsenden in Deutschland hat sich deutlich verschlechtert! In der aktuellen KiGGS-Erhebung wurde eine mittlere (mediane) Jodausscheidung über den Urin von 88,8 Mikrogramm pro Liter (µg/l) gemessen (vgl. Tabelle 1). „Dies entspricht laut Kriterien der Weltgesundheitsorganisation WHO einem milden Jodmangel auf Bevölkerungsebene“, sagt AKJ-Beiratsmitglied Michael Thamm. „Rund 58 Prozent der untersuchten Kinder und Jugendlichen lagen mit ihrer Jodausscheidung unterhalb des WHO-Grenzwertes von 100 Mikrogramm pro Liter. Vor elf Jahren waren es 41,5 Prozent. Damals lag die Jodausscheidung noch bei 117,6 Mikrogramm pro Liter und nun bei 88,8 Mikrogramm pro Liter. Dies ist ein Rückgang von fast 25 Prozent“, so der verantwortliche Epidemiologe für das Jodmonitoring in nationalen Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts. Die geschätzte Jodtageszufuhr ging in diesem Zeitraum von 95 Mikrogramm am Tag auf 83 Mikrogramm am Tag zurück, ein Minus von 13 Prozent. In den einzelnen Altersklassen lag die tägliche Jodzufuhr bei den Jungen knapp über der Hälfte der Zufuhrempfehlung, bei den Mädchen jeweils knapp unterhalb der Hälfte der Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (vgl. Tabelle 2).

**Wie kommt es zu dieser negativen Entwicklung?**

Die WHO beschreibt die Jodierung von Speisesalz und dessen Verwendung als die beste Strategie, Jod zusätzlich zu einer jodreichen Ernährung bereitzustellen. Es stellt eine einfache, kostengünstige und sichere Maßnahme dar. „Zwar verwenden in Deutschland die meisten Haushalte Jodsalz. Jedoch stammen 80 bis 90 Prozent der Salzzufuhr aus industriell hergestellten beziehungsweise verarbeiteten Lebensmitteln“, betont Professor Thomas Remer, Senior Scientist und Ernährungsendokrinologe am Studienzentrum DONALD Studie Dortmund der Universität Bonn sowie stellvertretender Sprecher des AKJ. „Davon enthalten weniger als 30 Prozent jodiertes Speisesalz. Dies wurde jüngst durch eine repräsentative Markterhebung zur Verwendung von Jodsalz in handwerklich und industriell gefertigten Lebensmitteln von der Universität Gießen im Auftrag des Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft bestätigt.“ Demnach enthalten nur 28,5 Prozent der salzhaltigen Produkte jodiertes Speisesalz [2]. Dies erklärt laut Remer die negative Entwicklung der Jodversorgung.

**Was sind die Folgen einer unzureichenden Jodversorgung?**

Als ein elementarer Baustein der Schilddrüsenhormone Trijodthyronin (T3) und Thyroxin (T4) ist das Spurenelement Jod essentiell für den menschlichen Körper. Bei einem Jodmangel kommt es unter anderem aufgrund der unzureichenden Produktion der Schilddrüsenhormone zu einer Vielzahl an negativen Auswirkungen auf das Wachstum und die Entwicklung. Die Schilddrüse selbst reagiert auf einen Jodmangel mit einer Größenzunahme (Struma) und in der Folge auch mit einer Zunahme von knotigen Veränderungen (Schilddrüsenknoten), die oft eine weitere Diagnostik und Therapie bedingen. Eine Struma ist die bekannteste Folge eines Jodmangels. „Wesentlich schwerwiegender sind jedoch die Auswirkungen eines Jodmangels ab der Schwangerschaft bis zum zweiten Lebensjahr auf die Gehirnentwicklung von Feten, Säuglingen und Kleinkindern“, erklärt der Berliner Kinderendokrinologe Dr. Klaus-Peter Liesenkötter, ebenfalls Mitglied des wissenschaftlichen AKJ-Beirats. „Zudem ist ein Jodmangel besonders in dieser kritischen Phase mit einem Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom ADHS und einer verminderten kognitiven Leistungsfähigkeit der Kinder assoziiert – bei schwerem Jodmangel sogar mit bleibenden geistigen Störungen.“ Auch konnten Querschnittsstudien bei Schulkindern mit Jodmangel allgemein eine Beeinträchtigung der intellektuellen Funktionen sowie der feinmotorischen Fähigkeiten nachweisen. Ein Teil der Defizite, die bei moderatem Jodmangel auftraten, waren bei adäquater Jodversorgung teilweise umkehrbar. Allgemein gilt ein milder bis moderater Jodmangel als die häufigste vermeidbare Ursache für eine mentale Retardierung weltweit. „Deshalb sollten in Deutschland alle verfügbaren Maßnahmen ergriffen werden, um einen Jodmangel zu verhindern“, resümiert Liesenkötter.

**Die Schweiz – ein Vorbild für Deutschland**

Die Schweiz gilt als ein Land mit vergleichsweise guter Jodversorgung. Dies bestätigt eine überregionale Studie innerhalb der jugendlichen und erwachsenen Schweizer Bevölkerung. Die nahezu zeitgleich in der bundesweiten Studie zur Gesundheit von Erwachsenen (DEGS1) gemessene Jodausscheidung zeigt ein schlechteres Versorgungsbild. Während die salzunabhängige Jodaufnahme in beiden Ländern annähernd vergleichbar ist, weist Jodsalz hierzulande sowohl einen geringeren Anteil an der Gesamtjodversorgung als auch an der Gesamtsalzaufnahme auf [3]. Trotz der besseren Jodversorgung sah man in der Schweiz den dringenden Handlungsbedarf und erhöhte den Jodgehalt von jodiertem Speisesalz von 20 Mikrogramm auf 25 Mikrogramm pro Gramm Salz. In Deutschland wird jodiertes Speisesalz nach wie vor mit lediglich 20 Mikrogramm pro Gramm Salz jodiert. Analog zum KiGGS-Jodmonitoring konnte eine gerade abgeschlossene Langzeitanalyse bei 6- bis 12-jährigen Schulkindern (Teilnehmer der Dortmunder DONALD Studie) ebenfalls einen signifikanten Rückgang der Jodversorgung bei gleichzeitig kontinuierlicher Abnahme des Jodsalzanteils an der Gesamtjodzufuhr und den Gesamtsalzverzehr beobachten. „Die Anhebung des Jodierungsgrades von Salz in der Schweiz hat dazu geführt, die dort ebenfalls negative Entwicklung der Jodzufuhr bei Kindern zu stoppen“, merkt Professor Remer an. Dr. Liesenkötter ergänzt: „Zur Prävention der jodmangelbedingten Schilddrüsenvergrößerung zeigen Daten aus der Schweiz, dass ein nachhaltiges Salz-Jodierungsprogramm die Strumahäufigkeit bei Schulkindern auf unter fünf Prozent senken konnte.“ Dies fordert die WHO als ein Kriterium, um eine ausreichende Jodversorgung der Bevölkerung zu dokumentieren.

**Schlussfolgerung**

Zwar sind Schilddrüsenvergrößerungen bei Kindern selten geworden, was einen großen Erfolg der Salz- und Futtermitteljodierung darstellt. Dennoch weisen die aktuellen Studiendaten darauf hin, dass sich Deutschland wieder in einem milden Jodmangel befindet. Besonders beunruhigend ist der rückläufige Trend vor dem Hintergrund, dass die Salzzufuhr in Deutschland größtenteils aus Lebensmitteln ohne Jodsalz erfolgt. Dabei könnten bereits 50 Prozent des Jodbedarfs aus der empfohlenen Salzzufuhr von fünf bis sechs Gramm pro Tag gedeckt werden, wenn hierfür Jodsalz zum Einsatz käme.

Um dem Rückgang in der Jodversorgung entgegenzuwirken, fordert der Arbeitskreis Jodmangel e.V.:

* Für Lebensmittelhandwerk und die Lebensmittelindustrie sollte gelten: Wenn Salz, dann Jodsalz!
* Eine Erhöhung der Jodkonzentration von derzeit 20 auf 25 Mikrogramm Jod pro Gramm Salz im Jodsalz wie in der Schweiz kann das eindeutige Jodmangelrisiko deutlich senken – nicht nur das von Kindern, sondern in allen Altersgruppen.
* Intensivere Aufklärungsarbeit auf gesellschaftlicher und politischer Ebene.

***Langfassung: 7.492 Zeichen inkl. Leerzeichen***

|  |  |
| --- | --- |
| **Tabelle 1:** WHO-Kriterien zur Charakterisierung des Jodstatus mittels Messung der Jodkonzentration in Spontanurinen – anwendbar auf den Populationsmedian | |
| **Mediane Jodkonzentration im Urin (µg/l)** | **Jodstatus** |
| <20 | schwerer Jodmangel |
| 20-49 | moderater Jodmangel |
| 50-99 | milder Jodmangel |
| 100-199 | ausreichend/optimal |
| 200-299 | mehr als ausreichend |
| >300 | übermäßig |
| Quelle: Johner S.A., Thamm M., Schmitz R. et al. (2016) Examination of iodine status in the German population: an example for methodological pitfalls oft he current approach of iodine status assessment. Eur J Nutr, 55(3):1275-82. | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tabelle 2:** Altersspezifische Empfehlungen für die tägliche Jodzufuhr der Deutschen Gesellschaft für Ernährung | | | |
| **Alter** | **Jod Deutschland, Österreich**  **(µg/Tag)** | | **Jodstatus WHO, Schweiz**  **(µg/Tag)** |
| **Säuglinge** | | | |
| 0 bis unter 4 Monatea | 40 | 50 | |
| 4 bis unter 12 Monate | 80 | 50 | |
| **Kinder** | | | |
| 1 bis unter 4 Jahre | 100 | 90 | |
| 4 bis unter 7 Jahre | 120 | 90 | |
| 7 bis unter 10 Jahre | 140 | 120 | |
| 10 bis unter 13 Jahre | 180 | 120 | |
| 13 bis unter 15 Jahre | 200 | 150 | |
| **Jugendliche und Erwachsene** | | | |
| 15 bis unter 19 Jahre | 200 | 150 | |
| 19 bis unter 25 Jahre | 200 | 150 | |
| 25 bis unter 51 Jahre | 200 | 150 | |
| 51 bis unter 65 Jahre | 180 | 150 | |
| 65 Jahre und älter | 180 | 150 | |
| **Schwangere** | 230 | 200 | |
| **Stillende** | 260 | 200 | |
| aHierbei handelt es sich um einen Schätzwert | | | |
| Quelle: Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Österreichische Gesellschaft für Ernährung, Schweizerische Gesellschaft für Ernährung (Hrsg.): Jod. In: Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr. Bonn, 2.Auflage, 4. Aktualisierte Ausgabe (2018). | | | |

**Quellen:**

1. Hey I., Thamm M., Thamm R. (2019) Monitoring der Jodversorgung bei Kindern und Jugendlichen, Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS Welle 2), Robert Koch-Institut.
2. Bissinger K. et al. (2019) Repräsentative Markterhebung zur Verwendung von Jodsalz in handwerklich und industriell gefertigten Lebensmitteln. Abschlussbericht zum Forschungsprojekt zur Bereitstellung wissenschaftlicher Entscheidungshilfe für das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL).
3. Remer T. (2019) Beiträge von Jodsalz an der Jodversorgung und der Gesamtsalzzufuhr in Deutschland: Ein Vergleich mit der Schweiz, Institut für Ernährungs- und Lebensmittelwissenschaften (IEL), Universität Bonn.

**Abdruck honorarfrei / Beleg erbeten**

**Herausgeber:**

Arbeitskreis Jodmangel e.V.

Vorsitzender: Prof. Dr. Roland Gärtner

Amtsgericht Frankfurt, VR 15167

**Pressekontakt:**

Arbeitskreis Jodmangel e.V.

Organisationsstelle

Daniel Schwind, Dirk Fischer

Leimenrode 29

D-60322 Frankfurt/Main

T: +49 (0)69 - 2470 6796

F: +49 (0)69 / 7076 8753

[ak@jodmangel.de](mailto:ak@jodmangel.de)

[www.jodmangel.de](http://www.jodmangel.de)