Aktion Kampf dem Kropf

Jodiertes Salz zur Prophylaxe — ÄP-Gespräch mit Prof. P. C. Scriba*)

Erstmals liegen für das gesamte bundesdeutsche Gebiet exakte Zahlen über die Kropfhäufigkeit und deren Ursache, eine allgemein defizitäre Jodzufuhr, vor. Diese Daten sind derart alarmierend, daß die Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie vorschlägt, das „Regelsalz" mit 10 mg pro Kilo zu jodieren. Ärztliche Praxis diskutierte mit Prof. Dr. med. Peter C. Scriba, Leiter der endokrinologischen Ambulanz an der II. Med. Universitätsklinik in München und Initiator der „Regelsalz-Empfehlung", die Chancen dieser Prophylaxe. Überraschend ist, daß auch im Norden Deutschlands noch Kropfhäufigkeiten von vier Prozent festgehalten wurden. Unsere Nachbarländer haben zum Teil ohne nennenswerte Probleme die Kochsalzjodierung eingeführt; in den Vereinigten Staaten liegt die Jodaufnahme bis zu zehnmal höher als bei uns. Es scheint an der Zeit zu sein, die Empfehlung der deutschen Endokrinologen in die Tat umzusetzen.

Prof. Scriba: Wir haben hier in ungewöhnlich nahem Zusammenhang ein konkretes wissenschaftliches Ergebnis und gleich dazu den Vorschlag für eine praktische Maßnahme, die zu einer Verbesserung der Volksgesundheit führen würde. Foto: Volkmann

ÄP: Herr Professor Scriba, vor einigen Jahren wurde gefordert, daß man das Trinkwasser fluorieren soll. Es gab hier einen Meinungsstreit, der immer noch nicht zu Ende ist. Nun kommt die Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie mit einer Empfehlung, künftig das Kochsalz zu jodieren. Haben Sie nicht Sorge, ebenfalls eine Kontroverse heraufzubeschwören?

SCRIBA: Wir sind auf diese Kontroverse sehr wohl gefaßt und haben sie in unsere Überlegungen durchaus mit einbezogen. Ich glaube, man muß die Situation genauer betrachten, um sich unsere Beweggründe klarer zu machen. Wir haben, wie von Herrn Horster in Düsseldorf an Musterungsunterlagen von etwa fünf Millionen Rekruten in unserem Land festgestellt, eine Kropfhäufigkeit, die ganz enorm ist: Schleswig-Holstein und Hamburg liegen bei 4 %, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen so in der Größenordnung von 8 bis 15 %, Hessen, Rheinland-Pfalz um die 20 %, und schließlich halten Baden-Württemberg mit 21 % und Bayern mit 32 % die Spitze der Kropfhäufigkeit (Abb.).

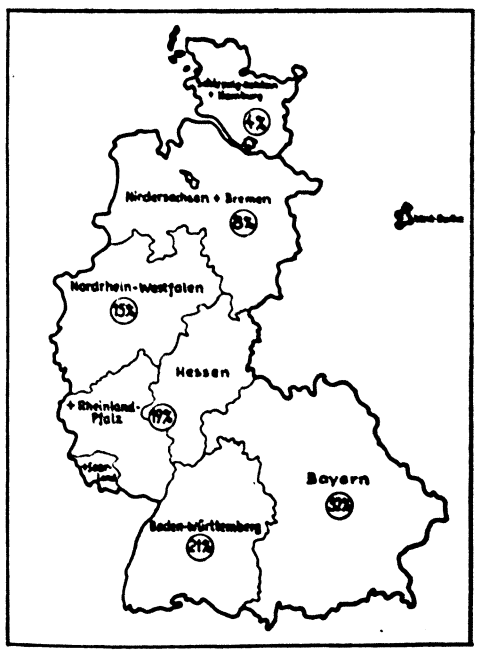
ÄP: Das sind ja überraschende Zahlen! Vielleicht sollte man an dieser Stelle etwas zur Definition „Kropf" sagen. Ab wann ist eine vergrößerte Schilddrüse ein Kropf?

SCRIBA: Man hat sich hierbei, grob jedenfalls, an die Einteilung der Weltgesundheitsorganisation gehalten. Eine tastbar vergrößerte Schilddrüse (Grad I) war bei etwa 80 % der jeweils genannten Kropfträger zu finden. Eine größere Struma, die also bereits sichtbar ist (Grad II), und noch größere (Grad III) fand sich bei dem Rest, das sind also immerhin rund 20 % von den insgesamt Betroffenen.

Nun zu den Ursachen der Haufigkeit: Man weiß schon sehr lange, daß der Jodmangel sicher ein entscheidender Faktor, vielleicht der entscheidende Faktor überhaupt für die Kropfhaufigkeit ist. Was einfach gefehlt hat, sind Zahlen über die alimentare Jodversorgung in der gesamten Bundesrepublik: Ist der Jodmangel nur in den Alpenländern oder auch in anderen Regionen zu finden?

Deswegen ist die Sektion Schilddrüse der Deutschen Gesellschaft fur Endokrinologie darangegangen und hat eine Gemeinschaftsstudie durchgeführt, bei der die Urinjodausscheidung bei 13- bis 15jährigen Schulkindern aus der ganzen Bundesrepublik direkt chemisch gemessen wurde. Außerdem konnte aus den Radiojodspeicherungswerten von Erwachsenen auf die Jodversorgung zurückgerechnet werden. Das ist mit einem bestimmten mathematischen Modell moglich. Dabei kommt mit guter Übereinstimmung zwischen diesen beiden unabhängigen Methoden heraus, daß — und ich kürze dies jetzt ab — die Jodaufnahme mit der Nahrung in der Bundesrepublik Deutschland in den meisten Orten zwischen 30 und 70 Mikrogramm liegt. Und dies gilt für den tiefsten Süden bis zum höchsten Norden, hinauf bis nach Heide in Schleswig-Holstein. Diese Zahlen liegen weit unterhalb dessen, was die Weltgesundheitsorganisation für optimal hält, nämlich 150 bis 200 Mikrogramm pro Tag. In den Vereinigten Staaten werden sogar zwischen 240 und 700 Mikrogramm pro Tag aufgenommen. Wir hier sind also in einem alimentären Jodmangel, und zwar in der gesamten Bundesrepublik Deutschland. Das ist deswegen so wichtig, weil die vorhin erwähnte Empfehlung ja fordert, daß diese Jodsalzprophylaxe nicht nur für die kropfreichen Gegenden, sondern für die gesamte Bundesrepublik eingeführt werden sollte.

Mit einer täglichen Jodaufnahme zwischen 30 und 70 Mikrogramm sind wir in der gesamten Bundesrepublik in einem alimentären Jodmangel.



Kropfhäufigkeit bei Gemusterten in der Bundesrepublik.
Abb.: Horster et al., Dtsch. med. Wschr. 100, 8 (1975).

ÄP: Es ist ja erstaunlich, daß der Norden ebenfalls betroffen ist. Man müßte annehmen können, daß im Norden mehr Fisch gegessen wird ...

SCRIBA: Wir hatten das auch immer gedacht, nämlich daß der Norden wesentlich besser dran ist; wir haben vor allen Dingen ja auch in der jungsten Zeit gelesen, daß es überhaupt besser geworden sei mit der Jodversorgung in der Bundesrepublik. Um so wichtiger sind unserer Meinung nach jetzt die Zahlen, die aus dem letzten Jahr stammen. Sie zeigen, daß im Norden im Durchschnitt 10 oder 20 Mikrogramm pro Tag mehr aufgenommen werden, weswegen eben die Kropfhaufigkeit dort niedriger ist. Jedoch herrscht auch im Norden ein alimentarer Jodmangel. Vor allem aber wird niemandem im Norden ein Schaden zugefügt, wenn er ein jodiertes Speisesalz nahme, mit dem er sich pro Tag etwa 100 Mikrogramm Jod zusatzlich zuführen würde.

Der Nutzen einer Jodsalzprophylaxe übertrifft bei weitem potentielle Risiken für einzelne Personen.

ÄP: Nun sind Sie mit dieser Empfehlung ja nicht gerade ein Pionier; der Blick über den Zaun in unsere Nachbarländer zeigt, daß bereits jodiertes Salz auf dem Markt ist. Bestätigen die Erfahrungen in den Nachbarländern einen Erfolg der Kochsalzjodierung?

SCRIBA: Die Erfahrungen in den Nachbarländern — hier sei vor allen Dingen an Österreich und die Schweiz erinnert — sind im großen und ganzen sehr zufriedenstellend. In der Schweiz hat die Schulkinder-Kropfhäufigkeit von 50 oder mehr Prozent auf ungefähr 5 % abgenommen. Die ersten Ergebnisse aus Tirol sind ähnlich erfreulich. Wir sind sehr glücklich, daß aus so naher Nachbarschaft solche Zahlen vorliegen. Die Hauptfrage, die sich jeder, der eine prophylaktische Maßnahme fordert, ja immer stellen muß, ist: Gibt es ein potentielles Risiko, welches den zu erwartenden Nutzen belastet? Da kann man von den österreichischen und schweizerischen Erfahrungen her mit allem Nachdruck und voller Überzeugung sagen, daß der erhebliche und gewaltige Nutzen einer Jodsalzprophylaxe eventuelle potentielle Risiken, die auch nur für einzelne Personen gelten könnten, bei weitem übertrifft.

ÄP: Um welche Risiken handelt es sich?

SCRIBA: Es geht um das Risiko, daß eine bevorstehende Hyperthyreose verschlechtert wird, daß eine Hyperthyreose früher auftritt, als sie sonst auftreten könnte, daß man bestimmte Formen der Hyperthyreose etwas intensiver behandeln muß, als man sie sonst behandeln müßte. Das sind im wesentlichen die denkbaren Risiken, von denen alle Berichte aus Regionen, in denen in der letzten Zeit eine Jodsalzprophylaxe eingeführt wurde, sagen, daß es sich um vertretbare passagere Phanomene geringen Ausmaßes handelt.

ÄP: Wie gedenkt nun die Deutsche Gesellschaft fur Endokrinologie vorzugehen? Haben Sie schon die Regierung informiert?

SCRIBA: Im Augenblick haben wir die Zahlen, die erarbeitet sind, vorgelegt, und das auch nur in einem vorläufigen Verhandlungsbericht. Es erscheint demnächst eine gründliche, wissenschaftliche Publikation, die für alle die Nachprüfbarkeit dieser Daten ermöglichen wird. Wir erwarten uns eine moglichst unemotionale Diskussion darüber zunächst in Fachkreisen, dann aber auch im Kreise der interessierten Öffentlichkeit. Das sollte allen gesetzgeberischen Initiativen vorausgehen, damit sich niemand überfahren fühlt.

ÄP: Am Ende dieses Weges sollte stehen, daß das künftige Regelsalz jodiert wird?

SCRIBA: Man liest soviel von der Frage der Nützlichkeit der Forschung. Hier handelt es sich nun einmal um eine Untersuchung, die mit Bundesmitteln, von der DFG, aber auch vom Bundesministerium für Forschung und Technologie unterstützt worden ist. Hier haben wir in ungewöhnlich nahem Zusammenhang ein konkretes Ergebnis aus einer wissenschaftlichen Untersuchung und dazu gleich den Vorschlag für eine praktische Maßnahme, die zu einer Verbesserung der Volksgesundheit führen würde. Selbstverständlich wünschen wir uns, daß am Ende der ganzen Diskussion ein Gesetz steht, mit dem jodiertes Speisesalz mit 10 mg Jod pro kg Kochsalz zum Regelsalz erklärt wird. Das wäre eine Jodierung, mit der der normale Salzverbraucher etwa 100 Mikrogramm Jod pro Tag zusätzlich aufnehmen würde.

Selbstverständlich haben wir Verständnis für Individualisten oder auch für den einen oder anderen Patienten, dem es vielleicht besser täte, wenn er kein jodiertes Salz nähme. Für den muß gewährleistet sein, daß er wie bisher Zugang hat zum nichtjodierten Salz. Es sollte jedoch so sein, daß das Regelsalz bei uns ein jodiertes Salz ist und nicht umgekehrt.

ÄP: Ich bedanke mich.

*) Sonderdrucke können bei Prof. Dr. P. C. Scriba, 8000 München 2, Ziemssenstr. 1, angefordert werden.