



EINGEGANGEN

11. Aug. 2014

Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft  
- Dienstsitz Berlin - 11055 Berlin

An den  
1. Stellvertretenden Vorsitzenden der  
Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie  
Herrn Prof. Dr. med. Hajo Zeeb  
c/o IBEI  
Stiftung Tierärztliche Hochschule  
Hannover  
Bünteweg 2  
30559 Hannover

**Christian Schmidt**

Bundesminister  
Mitglied des Deutschen Bundestages

HAUSANSCHRIFT Wilhelmstraße 54, 10117 Berlin

TEL +49 (0)30 18 529 - 3772/4681

FAX +49 (0)30 18 529 - 4262

E-MAIL [poststelle@bmel.bund.de](mailto:poststelle@bmel.bund.de)

INTERNET [www.bmel.de](http://www.bmel.de)

AZ 213-20702/0002 -

DATUM 6. August 2014

Sehr geehrter Herr Professor,

für Ihren offenen Brief im Namen der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie vom 17. Juli 2014 zum Thema Jodmangel in Deutschland danke ich und möchte Ihnen auch im Namen meines Kollegen, Herrn Bundesminister Gröhe, antworten.

Schilddrüsenerkrankungen, die auf eine unzureichende alimentäre Jodzufuhr zurückzuführen sind, stellen in Deutschland nach wie vor ein weit verbreitetes gesundheitliches Problem dar. Die Verbesserung der Jodversorgung ist deshalb ein wichtiges gesundheitspolitisches Anliegen der Bundesregierung.

Jod darf Kochsalz in Form von Kalium- und Natriumjodat zugesetzt werden, wobei der Zusatz auf maximal 25 µg Jod pro Gramm Speisesalz beschränkt ist. Die Salzjodierung und die Verwendung von jodiertem Speisesalz bei der Herstellung von Lebensmitteln sind freiwillig. Durch die freiwillige Salzjodierung hat sich die Jodversorgung der Bevölkerung in Deutschland in den letzten 20 Jahren kontinuierlich verbessert. Darüber hinaus tragen

tierische Lebensmittel (v.a. Milch und Milchprodukte) durch die Jodierung des Tierfutters zur Jodversorgung bei. Die WHO stuft deshalb Deutschland nicht länger als Jodmangelgebiet ein.

Die gesetzlich festgelegten Höchstmengen für jodiertes Speisesalz sowie bei der Jodierung von Futtermitteln schließen ein Überschreiten der als sicher erachteten Gesamttageszufuhr von max. 500 µg Jod über Lebensmittel mit hinreichender Sicherheit aus.

Die Überprüfung der Jodversorgung (Jodmonitoring) gehört zu den Aufgaben der Bundesregierung (Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft) und wird regelmäßig durchgeführt. Von den Ergebnissen hängt ab, ob die Jodsalzprophylaxe in ihrer jetzigen Form beibehalten oder geändert werden muss oder die Höhe der Tierfutterjodierung angemessen ist.

Die letzte Überprüfung der Jodversorgung wurde für die Kinder und Jugendlichen im Rahmen der Basiserhebung der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (KiGGS, 2003/06) und für die Erwachsenen im Rahmen der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS, 2008/12) beim Robert Koch Institut durchgeführt.

In beiden Studien wurden die Jod- und Kreatiningehalte im Spontanurin sowie die Serumspiegel der Schilddrüsenhormone TSH, fT3 und fT4 bestimmt. In DEGS wurden zusätzlich zu den genannten Parametern anti-TPO (Anti-Thyreoperoxidase-Antikörper) und anti-TG (Anti-Thyreoglobulin-Antikörper) bestimmt, um die Prävalenz von Autoimmunerkrankungen der Schilddrüse zu ermitteln, die überwiegend im Erwachsenenalter auftreten. Ergänzend wurden anamnestische Daten zum Vorliegen von Schilddrüsenerkrankungen erhoben und die aktuelle Arzneimittelaufnahme registriert. Außerdem wurde bei den Teilnehmenden beider Studien die Schilddrüsengröße sonographisch ermittelt.

In KiGGS Welle 2, einer erneuten Untersuchungserhebung der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, die noch im September 2014 beginnen wird, wird das Jodmonitoring mit der Bestimmung der Parameter Jod und Kreatinin im Urin und TSH, fT3, fT4 im Serum fortgesetzt werden. Eine sonographische Bestimmung der Schilddrüsengröße ist in dieser Welle nicht geplant.

In Hinblick auf einen möglichen European Health Examination Survey (EHES) erscheint die Erhebung von Laborwerten für ein Jodmonitoring mit den Messgrößen Jod und Kreatinin im Urin und TSH, fT3, fT4 im Serum sinnvoll. Allerdings liegen derzeit keine konkreten Informationen über dessen Ausgestaltung vor, so dass von einer Durchführung in naher Zukunft nicht auszugehen ist.

Die Ergebnisse der KiGGS-Basiserhebung zeigen für die Jahre 2003 bis 2006 eine mittlere Jodausscheidung im Spontanurin von 117 µg/l. Diese Konzentrationen liegen im unteren Bereich der von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen 100 bis 200 µg/l.

Mit einer medianen Jodtagesausscheidung von ca. 125 µg/d erreichen im Mittel ca. 70 % der DEGS-Teilnehmer den geschätzten mittleren Jodbedarf (EAR = estimated average requirement). Das zeigt eine gute Übereinstimmung der Jodversorgung in beiden Untersuchungen.

Die Jodversorgung der deutschen Bevölkerung ist damit zwar noch nicht als optimal zu bezeichnen, entspricht aber für die Gesamtbevölkerung einer ausreichenden Versorgung im unteren Bereich. Gleichwohl wird die Bundesregierung die Entwicklung weiterhin sehr aufmerksam beobachten und ggf. Maßnahmen zur Verbesserung der Jodaufnahme ergreifen, auch und gerade im Hinblick auf eine Umsetzung der Empfehlungen für eine verringerte Salzaufnahme. So werden wie bereits aktuell in DEGS auch in künftigen Studien sowohl die Jodversorgung als auch die Salzaufnahme gemessen.

Eine wesentliche Maßnahme besteht darüber hinaus darin, alle Informationsmaßnahmen der Bevölkerung zur Verminderung der Salzaufnahme mit der Verwendung von Jodsalz zu verknüpfen („Wenn Salz, dann Jodsalz!“). Dies ist auch fester Bestandteil der Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) für eine gesundheitsförderliche Ernährung und der von der DGE im Auftrag meines Hauses erarbeiteten Qualitätsstandards für die Gemeinschaftsverpflegung in Kitas, Schulen, Betriebskantinen, Seniorenheimen, Krankenhäusern und Rehakliniken.

Bezüglich Ihrer Bitte nach Unterstützung der Aufklärung der Ärzteschaft über diagnostische Referenzwerte ist festzustellen, dass es zu den Aufgaben der jeweils behandelnden Ärztinnen und Ärzte gehört, dafür Sorge zu tragen, dass die von ihnen durchgeführte Diagnostik und Therapie auf dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens und in guter Qualität erbracht wird. Generell ist es Aufgabe der Selbstverwaltungsgremien (Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen und Ärztekammern) darüber zu wachen, dass die Bestimmungen des Berufsrechtes und die sozialgesetzlichen Regelungen beachtet werden. Für alle Leistungserbringer in der ambulanten, stationären und rehabilitativen Versorgung besteht ein gesetzliches Gebot zur Qualitätssicherung, das ihnen die Verantwortung für die Qualität ihrer Leistungen ausdrücklich überträgt.

Darüber hinaus erfüllt das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), das u. a. den aktuellen Wissensstand für den Gemeinsamen Bundesausschuss, ein Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung, zusammenträgt, mit der Veröffentlichung von

Gesundheitsinformationen einen wichtigen weiteren Teil seines gesetzlichen Auftrags. So werden unter [www.gesundheitsinformation.de](http://www.gesundheitsinformation.de) relevante Informationen ohne Werbung und auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes zu einem breiten Themenspektrum und zu diversen Krankheiten bereitgestellt.

Unter [http://www.gesundheitsinformation.de/suchergebnis.2005.de.html?gis\\*q=iod&search=](http://www.gesundheitsinformation.de/suchergebnis.2005.de.html?gis*q=iod&search=) sind dabei auch verschiedene Informationen über das Thema "Jodmangel" verfügbar.

Zudem ist es auch die Aufgabe der wissenschaftlich medizinischen Fachgesellschaften, den aktuellen Erkenntnisstand zur Diagnostik und Therapie zusammenzustellen und in Leitlinien der Fachöffentlichkeit zur Verfügung zu stellen.

Das geltende Recht sieht bereits Möglichkeiten für die Nutzung von Gesundheitsdaten, auch die sektorübergreifende Zusammenführung, für Zwecke der Versorgungsforschung vor. Die Regelungen zur Datentransparenz im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (§§ 303a ff SGB V) wurden mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz zum 1. Januar 2012 neu konzipiert und ihre Umsetzung mit der Datentransparenzverordnung konkretisiert. Damit wird die Datengrundlage für die Versorgungsforschung verbessert, da danach die Daten der gesetzlichen Krankenversicherung aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich auch zu Zwecken der Versorgungsforschung genutzt werden können. Die Daten werden von einer Datenaufbereitungsstelle, dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), pseudonymisiert gespeichert und für die gesetzlich vorgesehenen Zwecke den Nutzungsberechtigten auf deren Antrag aufbereitet zur Verfügung gestellt.

Darüber hinaus besteht nach § 75 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) die Möglichkeit, bei den zuständigen Aufsichtsbehörden eine Genehmigung der Übermittlung von Sozialdaten, also z. B. der bei den Krankenkassen für Abrechnungszwecke gespeicherten Leistungsdaten, für bestimmte Forschungsprojekte auch im Rahmen der Versorgungsforschung zu beantragen. Ferner erhält das Statistische Bundesamt auf der Grundlage des § 21 Krankenhausentgeltgesetz Daten aus der stationären Versorgung für Zwecke der amtlichen Krankenhausstatistik.

Mit freundlichen Grüßen

