



Epidemiologisches Bulletin

7. April 2000 / Nr. 14

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Zu einer Masernhäufung in Mecklenburg-Vorpommern

Vom 1. Februar bis 3. April 2000 wurden den örtlichen Gesundheitsämtern 25 Masernerkrankungen gemeldet, die in der Stadt Greifswald und Umgebung aufgetreten waren. Bis auf eine Häufung in einem Behindertenheim (10 Erkrankungen) und zwei Erkrankungen in einem Asylbewerberheim handelte es sich um Einzelfälle. Trotz intensiver Ermittlungen durch das Gesundheitsamt konnte keine gemeinsame Infektionsquelle eruiert werden. Auffällig war, dass sich die ersten Erkrankungsfälle auf einen Stadtteil von Greifswald konzentrierten; in dessen Einkaufszentrum könnten sich Übertragungsvorgänge abgespielt haben. Vor der eigentlichen Häufung ab 1.2. war am 12.1.2000 eine erste sporadische Masernerkrankung bei einer 36-jährigen Frau am Tag ihrer Rückreise aus Sri Lanka aufgetreten. Beziehungen zu den übrigen Erkrankungen waren nicht erkennbar. Mit dieser Erkrankung umfasst die Häufung, deren Ende noch nicht ganz sicher ist, bis zur 13. Woche 26 Erkrankungsfälle. Aus Gründen der Aktualität wurden alle bisher vorliegenden Daten und Erkenntnisse zu einem vorläufigen Bericht zusammengefasst.

Die Besonderheit dieses Ausbruchs ist das vergleichsweise hohe Durchschnittsalter der Erkrankten, das bei 26 Jahren liegt. Die beiden ältesten Erkrankten waren 41 Jahre alt. Bei der Mehrzahl der 20 Personen im Alter von 20-41 Jahren war der Impfstatus unbekannt bzw. wurden keine Impfungen angegeben. Vier von ihnen hatten eine Impfung erhalten.

Unter den Erkrankten befanden sich nur 6 Personen unter 10 Jahren: ein einjähriges Kind (noch nicht im Impfalter), 2 Zweijährige (ungeimpft), 2 Dreijährige (die eine MMR-Impfung erhalten hatten) und ein neunjähriges ungeimpftes Kind aus einem Asylbewerberheim, das trotz einer Riegelungsimpfung, die es zwei Tage nach Bekanntwerden eines Masernkontaktes erhalten hatte, nach 6 Tagen erkrankte.

Eine weitere Besonderheit dieses Ausbruchs ist eine vergleichsweise hohe Zahl von Krankenhausbehandlungen, nämlich 16 von 26. Dafür gibt es zwei Erklärungen: Erstens verlaufen Masern mit zunehmendem Lebensalter erfahrungsgemäß schwerer. In 7 Fällen wurde eine Pneumonie mit schwerem Krankheitsbild beobachtet. Zweitens wurden bei den ersten erwachsenen Patienten mit Fieber und unklarem Exanthem die Masern nicht als solche erkannt und die Patienten wurden zur Differentialdiagnostik stationär aufgenommen (Verdachtsdiagnose: Arzneimittel-exanthem).

Von den 26 Erkrankungsfällen sind bisher 23 sicher serologisch bestätigt worden, bei den drei restlichen Patienten steht die Untersuchung der zweiten Blutprobe noch aus. Von 12 Masern-Verdachtsfällen aus dieser Häufung wurde Untersuchungsmaterial an das Nationale Referenzzentrum für Masern, Mumps, Röteln am RKI, Berlin, eingesandt (Seren, Rachenabstriche, Urin). Bei zwei dieser Erkrankungen konnten Masern ausgeschlossen werden, bei den anderen zehn wurden Masern durch Antikörper- und den Virusgenomnachweis bestätigt. Von diesen wurden unter dem Aspekt verschiedener Erkrankungszeitpunkte vier Fälle für eine Sequenzanalyse des Virusgenoms – Bestimmung des Genotyps – ausgewählt. Einheitlich wurde ein noch näher zu bestimmender, von den bisher als für Deutschland charakteristisch geltenden Genotypen C2

Diese Woche 14/2000

Masern:

Bericht über eine Häufung in Greifswald

Lassa-Fieber:

Fallberichte zu zwei importierten Erkrankungen

- ▶ Großbritannien
- ▶ Deutschland

Ankündigungen:

- ▶ Zweite internationale Summer School >Infectious disease epidemiology< in Bielefeld
- ▶ 4. Neisserien-Tagung in Heidelberg

Hinweis:

Zur Resistenzbestimmung mittels Agardiffusionstest

Gemeldete Infektionskrankheiten:

- ▶ Zusätzliche Meldungen aus bestimmten Bundesländern IV/99
- ▶ Enteritis infectiosa nach Erregern IV/99



und D6 abweichender Genotyp festgestellt. Bei früheren Ausbrüchen waren 1993 und 1996 auch im Raum Greifswald die Genotypen C2 und D6 gefunden worden. Die jetzt untersuchten Viren zeigen im untersuchten Genombereich das gleiche Muster wie Masernviren, die kürzlich in Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz nachgewiesen wurden. Die Bedeutung und Verbreitung dieses neuen Genotyps, der damit jetzt in mehreren Ausbrüchen nachgewiesen wurde, sind noch zu klären. Die Ergebnisse der Genotypisierung und die vorliegenden epidemiologischen Daten sprechen im Falle der in Greifswald beobachteten Masernhäufung für ein einheitliches Geschehen.

Sofort nach Bekanntwerden der ersten Masernerkrankungen Anfang Februar sind alle Ärzte in der betroffenen Region durch die zuständigen Gesundheitsämter informiert und gebeten worden, die dort bestehende Meldepflicht zu beachten. Es wurden Hinweise zur labor diagnostischen Bestätigung von Masern-Verdachtsfällen gegeben. Beide Maßnahmen waren erfolgreich: Die Meldung der Erkrankungen ermöglichte eine Einschätzung der Situation und gezielte Gegenmaßnahmen. Alle durch Meldung erfassten Erkrankungsfälle wurden einer labor diagnostischen Klärung zugeführt. (Die gegenwärtig im Aufbau befindliche Sentinel-Surveillance der Masern durch die AGM – s. *Epid. Bull.* 13/2000: 105-106 – hat diese Masernhäufung nicht erfasst, das Netz der mitarbeitenden praktizierenden Ärzte ist in Mecklenburg-Vorpommern offensichtlich noch zu dünn.)

Die Gesundheitsämter kontrollierten sofort nach Meldung einer Erkrankung in einer Gemeinschaftseinrichtung die Impfdokumente und führten eine Reihe von Riegelungsmaßnahmen durch. Die umfangreichsten Einsätze betrafen

das betroffene Behindertenheim und das Asylbewerberheim. Letzteres wurde für die Aufnahme weiterer Bewerber vorübergehend gesperrt.

Alle Maßnahmen waren mit der obersten Landesgesundheitsbehörde abgesprochen.

Probleme entstanden unerwartet durch eine Information der Gesundheitsbehörden an die Medien, die aus der Sicht der Behörde sachlich gehalten war. Dabei war auf die Impfeempfehlungen der STIKO hingewiesen worden, nach denen alle Kinder und Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr zwei MMR-Impfungen benötigen. Medienberichte wie »Ganz Greifswald soll sich impfen lassen« oder »Schwere Komplikationen nach Masernerkrankungen im Greifswalder Raum – die Küste ist besorgt« verunsicherten dann Ende März Bevölkerung und Ärzte in Mecklenburg-Vorpommern. Die Folge waren unzählige Anrufe in den Gesundheitsbehörden des Landes, ein Ansturm der Bevölkerung auf die Arztpraxen, der Protest der Krankenkassen wegen der Finanzierung und schließlich Probleme bei der Impfstoffbelieferung. Diese »Eskalation« störte die bis dahin geregelt abgelaufenen Maßnahmen erheblich. Die daraufhin vorgenommene sachliche Gegendarstellung in den Medien und Schreiben der Kassenärztlichen Vereinigung an die Ärzte in der Region Greifswald brachten wieder Ruhe in das Geschehen.

Für diesen Bericht danken wir Frau Prof. Dr. med. C. Hülße und Frau Dr. med. M. Littmann, Landeshygieneinstitut Mecklenburg-Vorpommern, Rostock, sowie Frau Dr. med. M. Kühn, Gesundheitsamt Greifswald. Frau Doz. Dr. med. Mentel, Institut für Medizinische Mikrobiologie der Universität Greifswald, hat die serologische Masern diagnostik durchgeführt. Mitarbeitern der Universitätskinderklinik Greifswald ist dafür zu danken, dass sie zusätzliche Behandlungsmöglichkeiten für erkrankte Erwachsene geschaffen haben.

Fallberichte: Importiertes Lassa-Fieber in London und Wiesbaden

1. Erkrankungsfall: Am 21. Februar 2000 erkrankte ein 50-jähriger britischer Entwicklungshelfer in Daru, einem abgelegenen Ort in der Ostprovinz von Sierra Leone nahe der liberianischen Grenze, an einem zunächst unklaren Fieber. Der Mann betreute ein Projekt, das ehemaligen einheimischen Soldaten nach Ende des Bürgerkrieges bei der Rückkehr in das zivile Leben half. Am 1. März flog er zur medizinischen Behandlung zunächst in die 250 km entfernte Hauptstadt Freetown. Von dort wurde er am 5. März per Rettungsrückflug nach London transportiert. Bei seiner Aufnahme im Tropenkrankenhaus am 6.2. hatte er Fieber, Übelkeit und Durchfall, jedoch keine Pharyngitis. Nachdem Blutungen auftraten, wurde er in die Isoliereinheit des Coppetts Wood Hospital verlegt, wo ein Management für hochkontagiöse Krankheiten vorhanden war und sich die Verdachtsdiagnose »Lassa-Fieber« durch Virusnachweis bestätigte.

Unter einer Therapie mit Ribavirin stabilisierte sich sein Zustand vorübergehend, bis eine schwere Pneumonie den weiteren Verlauf beherrschte und am 23. März der Tod an Herzversagen eintrat. Die Überwachung von mehr als 90 Kontaktpersonen ergab bisher keinen Krankheitsverdacht.

Bericht von Dr. K.-J. Volkmer in *Reisemedizin aktuell* 7/2000 v. 29.3.2000 des CRM Düsseldorf. Originalbericht: Lassa fever imported to England (Berichterstatteerin: J. Johns, PHLS/CDSC, London). *Eurosurveillance Weekly* 2000; 11 (16.3.2000).

2. Erkrankungsfall: Ein 57-jähriger Nigerianer war in seiner Heimat Anfang März mit Fieber, Durchfall und Schwächegefühl stationär behandelt worden. Im Laufe von zwei Wochen trat eine neurologische Symptomatik in den Vordergrund, weshalb eine Überweisung in eine Klinik der Hauptstadt Abuja erfolgte. Am 27. März 2000 wurde er in einem gecharterten Rettungsflugzeug zur Diagnostik und Behandlung von Abuja nach Deutschland geflogen und wegen der neurologischen Symptomatik unmittelbar in die Neurologische Abteilung der Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken in Wiesbaden aufgenommen. Zu diesem Zeitpunkt bestimmten Desorientiertheit, Nackensteifigkeit und der Verdacht auf Krampfanfälle das klinische Bild. Nach einer allmählichen Besserung des Allgemeinzustandes kam es am Abend des 1.4.2000 zu einem plötzlichen Herz- und Kreislaufstillstand mit Schnappatmung. Der Patient konnte trotz sofort eingeleiteter Wiederbelebungsmaßnahmen (Beatmung etc.) auf der Intensivstation nicht gerettet werden. Als Todesursache wird eine Lungenembolie vermutet.

Über das Labor der Kliniken war am 30.3.2000 Untersuchungsmaterial des Patienten (Liquor und Serum) auch an das Bernhard-Nocht-Institut in Hamburg geschickt worden, wo es auf verschiedene speziell in Westafrika beheimatete Infektionserreger untersucht wurde. Am 2.4.2000 bestätigten die serologischen Untersuchungen eine Infektion mit Lassa-Virus (IgM gegen Lassa-Viren in Serum und Liquor deutlich erhöht, sehr hoher IgG-Titer im Serum). Die anschließende PCR-Untersuchung am 3.4.2000 ergab den Nachweis von Lassa-Virus im Liquor, nicht jedoch im Serum.

In der Rückschau muss die Erkrankung des Patienten bereits während seines Aufenthaltes in der afrikanischen Klinik als Lassa-Fieber angesehen werden. Im Verlauf hatte sich bei dem Patienten eine virusbedingte Enzephalitis entwickelt. Erstaunlich ist, dass bei dem sich in Wiesbaden offenbar in Rekonvaleszenz befindlichen Patienten noch Virus im Liquor nachweisbar war. Im Bernhard-Nocht-Institut gelang es inzwischen, den Erreger als nigerianischen Stamm des Lassa-Virus einzuordnen.

Da der Patient im Krankenhaus Kontakt mit den behandelnden Ärzten und dem Pflegepersonal hatte (auch ungeschützter Kontakt mit Körperflüssigkeiten des Patienten), könnten sich theoretisch Kontaktinfektionen ereignet haben. Die Wahrscheinlichkeit ist wegen des nicht nachweisbaren Virus im Serum des Patienten aber als äußerst gering zu bewerten.

Es wurden entsprechende Überwachungsmaßnahmen für 19 Kontaktpersonen eingeleitet. Die Rückführung der Leiche nach Nigeria erfolgte in einem zugeschweißten Zinksarg unter Beachtung der dafür vorgesehenen Sicherheitsanforderungen.

Die Koordinierung aller Maßnahmen lag in den Händen der Seuchenreferentin des Landes Hessen und erfolgte auf der Basis der Empfehlungen der Arbeitsgruppe Seuchenschutz am RKI¹, die sich erneut als praktikabel erwiesen.

Das RKI übernahm die Bereitstellung von zusätzlichem Hintergrundmaterial für die Presse, die erforderliche Meldung an die WHO sowie die Benachrichtigung des euro-

päischen Auslandes über das internetgestützte *Early Warning System* der Europäischen Union.

Für Informationen danken wir Herrn Prof. Dr. H. Schmitz, Bernhard-Nocht-Institut, Hamburg, Herrn Prof. Wiesner, Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken, Wiesbaden, Herrn Dr. Mayer, Gesundheitsamt Wiesbaden, und Frau Dr. A. Wirtz, Hessisches Sozialministerium, Wiesbaden.

1. Fock R et al.: Management und Kontrolle lebensbedrohender hochkontagiöser Infektionskrankheiten. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 1999; 4: 389–401

Kommentar: Seit der Entdeckung des zu den Arena-Viren gehörenden Lassa-Virus 1969 in dem nigerianischen Dorf Lassa ist dies der 13. Import nach Europa und Nordamerika (der 4. Fall in Deutschland). In keinem dieser Fälle ist es bisher zu Erkrankungen von Kontaktpersonen gekommen. Kontaktinfektionen insbesondere des Krankenhauspersonals sind jedoch sehr wohl möglich, insbesondere dann, wenn der erforderliche Sicherheitsstandard bei der Behandlung nicht gewährleistet werden kann.

Infektionen in Westafrika, die direkt oder indirekt vom primären Erregerreservoir (hauptsächlich *Mastomys natalensis*, Vielzitzenratte) ausgehen, sind bei Bedingungen, unter denen z. B. der englische Entwicklungshelfer und die kürzlich erkrankte deutsche Studentin (s.a. *Epid. Bull.* 3/2000: 23) dort lebten und reisten, immer möglich. (Eine aktuelle oder grundsätzlich erhöhte Gesundheitsgefährdung für Reisende in westafrikanische Länder besteht deswegen nicht.)

Auch der jüngste Erkrankungsfall in Wiesbaden, bei dem primär kein Verdacht auf ein virusbedingtes hämorrhagisches Fieber bestand, zeigt, dass eine Einschleppung unter den heutigen Bedingungen leicht möglich ist. Es ist wichtig, aus den bisherigen Erfahrungen zu lernen und auf derartige Importe vorbereitet zu sein. Dies erfordert eine Sensibilisierung der Ärzteschaft und ein feststehendes Management für den Umgang mit solchen Fällen einschließlich des Vorhaltens besonders auf die Diagnostik und Behandlung derartiger Patienten eingestellter Einrichtungen.

Zweite Internationale Summer School ›Infectious Disease Epidemiology

Termin/Ort: 28. August–1. September 2000, Universität Bielefeld

Themen: Prinzipien und Methoden der Infektionsepidemiologie, Outbreak-Untersuchungen, Surveillance, mathematische und stochastische Modellierung, gesundheitsökonomische Analysen, Präventions- und Interventionsstrategien, Impfprogramme, ›neue‹ Infektionen: nosokomiale Infektionen, multiresistente Erreger, HIV/AIDS-Situation

Veranstalter: Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG Bevölkerungsmedizin und biomedizinische Grundlagen, Universität Bielefeld

Adressaten: Ärzte, Epidemiologen, Mikrobiologen, Biologen, Public-Health-Studenten, Mitarbeiter aus dem ÖGD und gesundheitsbezogenen Einrichtungen aus Deutschland und anderen europäischen Ländern

Information und Anmeldung: Herr Lutz Wille, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld; Postfach 100 131, D-33501 Bielefeld
Tel.: 05 21 . 106 – 42 62, – 42 53, Fax: 05 21 . 106 – 29 68

E-Mail: Lutz.Wille@uni-bielefeld.de

Internet: http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag2/summer_school2000/

4. Neisserien-Tagung Heidelberg

Termin/Ort: 16. Juni 2000, Heidelberg

Themen: Epidemiologie, Pathomechanismen, Klinik, Resistenzsituation, Management und Impfstoffe bei Neisseria-gonorrhoeae- und Neisseria-meningitidis-Infektionen

Veranstalter: Nationales Referenzzentrum für Meningokokken am Hygiene-Institut und Hautklinik der Universität Heidelberg/Abteilung für Dermatologie und Venerologie des Krankenhauses Berlin-Neukölln

Information und Anmeldung:

Frau Dr. I. Ehrhard

Nationales Referenzzentrum für Meningokokken, Hygiene-Institut der Universität

Im Neuenheimer Feld 324, 69120 Heidelberg

Tel.: 0 62 21 – 56 78 17, Fax: 0 62 21 – 56 43 43,

E-Mail: ingrid_ehrhard@med.uni-heidelberg.de

Hinweis zur Resistenzbestimmung mittels Agardiffusionstest: Unterschiedliche Beschickung der Testblättchen ist zu beachten

Das Nationale Referenzzentrum für Staphylokokken am RKI möchte auf eine für die mikrobiologische Labordiagnostik wichtige Fehlermöglichkeit hinweisen:

Die in verschiedenen Ländern empfohlenen Laboratoriumsstandards für die Resistenzbestimmung mittels Agardiffusionstest beruhen für eine Reihe verschiedener Antibiotika auf unterschiedlichen Beschickungsmengen der Testblättchen und dementsprechend auch unterschiedlichen Kriterien für die Ablesung. So kann man z. B. nicht Testblättchen mit einer Beschickung nach NCCLS (US-Standard) benutzen und die Ablesung nach DIN (58940) vornehmen.

Aktueller Anlass für diesen Hinweis ist der Vertrieb von Testblättchen (durch Mast. Oxoid), die für Piperacillin/Tazobactam nach CMI (französischer Standard) mit 75+10 µg beladen sind im Unterschied zur Beladung nach DIN 30+10 µg. Bei der Ablesung entsprechend der DIN-Norm (58940) besteht in diesem Fall die Gefahr der Befundinterpretation als »falsch sensibel«. Die Ablesekriterien des französischen Standards können nicht einfach übernommen werden, da dieser von einem dichteren Test-Inokulum ausgeht als der DIN-Standard. Bei Durchführung der Methodik des Agardiffusionstest nach DIN sollten deshalb nur Testblättchen verwendet werden, die entsprechend diesem Standard beladen sind.

Quartalsstatistik: Seltene meldepflichtige und andere Infektionskrankheiten in bestimmten Bundesländern

IV. Quartal 1999 (Stand: März 2000)

Anzahl und Inzidenzrate pro 100.000 Einw.

Krankheit	Berlin	Brandenburg	Mecklenburg-	Sachsen	Sachsen-	Thüringen	Summe	kumulativ		kumul. Diff. % Vorjahr
								1999	1998	
>Kinderkrankheiten<										
Pertussis		106	23	140	80	15	364	977	864	13,08
		4,092	1,279	3,118	2,991	0,609	2,597			
Scharlach		559		795	361	325	2040	7572	8699	-12,96
		21,580		17,708	13,498	13,196	16,698			
Masern		4	1		1	1	7	106	47	125,53
		0,154	0,056		0,037	0,041	0,050			
Röteln		31	1	13	9	1	55	323	400	-19,25
		1,197	0,056	0,290	0,337	0,041	0,392			
Mumps		14	7	15	15	4	55	228	260	-12,31
		0,540	0,389	0,334	0,561	0,162	0,392			
Akute resp. Erkr.										
Influenza		43	22	101	3	8	177	3088	2231	38,41
		1,660	1,223	2,250	0,112	0,325	1,263			
dar. Typ A		38	11	65	2	5	121	2053	1730	18,67
		1,467	0,612	1,448	0,075	0,203	0,863			
dar. Typ B		5	11	36	1	1	54	998	501	99,20
		0,193	0,612	0,802	0,037	0,041	0,385			
dar. Typ A + B						2	2	37		
						0,081	0,081			
RS-Virus-Inf.		4	15	1	6		26	350	258	35,66
		0,154	0,834	0,022	0,224		0,186			
Parainfluenza-Virus-Inf.			23	11	23	3	60	399	467	-14,56
			1,279	0,245	0,860	0,122	0,428			
Adenovirus-Inf.		1	47	7	7	15	77	359	542	-33,76
		0,039	2,613	0,156	0,262	0,609	0,549			
Mycoplasma-Inf.		4	38	26	42	3	113	542	1064	-49,06
		0,154	2,113	0,579	1,570	0,122	0,806			
Borreliose	41	180	36	105	22	4	388	1545	1529	1,05
	1,206	5,296	1,059	3,089	0,647	0,118	2,228			
Legionellose	6	1	8	4			19	74	64	
	0,177	0,029	0,235	0,118			0,109			
Parasitosen										
Scabies		173	64		189	29	455	1324	1219	8,61
		5,090	1,883		5,561	0,853	5,888			
Kopflausbefall		756			640	425	1821	5700	6548	-12,95
		22,243			18,830	12,504	23,565			
Zusätzlich:										
Tollwutexpos.		34	30	155	53	40	312	1642	1617	1,55
		1,313	1,668	3,453	1,982	1,624	2,226			

Quartalsstatistik: Enteritis infectiosa nach wichtigen Erregern

IV. Quartal 1999 (Stand: 7.3.2000)
Anzahl und Inzidenzrate pro 100.000 Einw.

Anmerkung: Ab Quartal I/99 ist die differenzierte Meldung der Ent. infectiosa der Hansestadt Bremen hinzugekommen.

Land	Enteritis infectiosa								
	Salmo- nellose	übrige Formen	darunter durch:						sonst.
			E. coli	Yersinia	Campylobact.	Rotaviren	Adenoviren	Amöben	
Baden-Württ.	2559	1446							1446
	24,61	13,91							13,91
Bayern	3145	2083							2083
	26,09	17,28							17,28
Berlin	743	875	23	47	708	82	9		6
	21,69	25,54	0,67	1,37	20,67	2,39	0,26		0,18
Brandenburg	722	1055	49	68	300	326	122	2	188
	28,06	41,00	1,90	2,64	11,66	12,67	4,74	0,08	7,31
Bremen	150	122	1	24	78	3	3		13
	22,26	18,10	0,15	3,56	11,57	0,45	0,45		1,93
Hamburg	449	580	25	48	435	42	29		1
	26,34	34,02	1,47	2,82	25,52	2,46	1,70		0,06
Hessen	1224	871	26	103	558	142	40	1	1
	20,29	14,44	0,43	1,71	9,25	2,35	0,66	0,02	0,02
Mecklenbg.-Vorp.	614	827	75	68	293	288	40		63
	33,96	45,75	4,15	3,76	16,21	15,93	2,21		3,48
Niedersachsen	1840	1604							1604
	23,45	20,45							20,45
Nordrhein-W.	3545	4251	162	366	2606	858	174	1	84
	19,72	23,65	0,90	2,04	14,50	4,77	0,97	0,01	0,47
Rheinland-Pf.	1314	892							892
	32,70	22,20							22,20
Saarland	195	413	21	24	167	121	35	2	43
	18,04	38,21	1,94	2,22	15,45	11,20	3,24	0,19	3,98
Sachsen	1117	3500	144	164	868	664		4	1656
	24,70	77,39	3,18	3,63	19,19	14,68		0,09	36,62
Sachsen-Anh.	753	1001	64	105	265	460	99	3	5
	27,87	37,05	2,37	3,89	9,81	17,03	3,66	0,11	0,19
Schleswig-H.	666	573							573
	24,07	20,71							20,71
Thüringen	858	955	69	120	336	293	127	1	9
	34,62	38,54	2,78	4,84	13,56	11,82	5,12	0,04	0,36
Gesamt- quartalswert	19894	21048	659	1137	6614	3279	678	14	8667
	24,24	25,65	1,47	2,53	14,71	7,29	1,51	0,03	10,56
Vorjahres- quartalswert	25859	28403	859	1700	9111	4612	1394	31	10696
	31,53	34,63	1,94	3,83	20,54	10,40	3,14	0,07	13,04
kum. aktuell	85146	110355	2848	5321	28882	28722	2839	65	41678
kum. Vorjahr	97529	114473	3037	6447	33244	24891	3684	134	43036
Quartalswert	15830	13710	258	612	4552	1248	290	4	6746
Alte Bundesländer	23,29	20,17	0,84	1,98	14,74	4,04	0,94	0,01	9,92
Quartalswert	4064	7338	401	525	2062	2031	388	10	1921
Neue Bundesländer	28,86	52,10	2,85	3,73	14,64	14,42	2,76	0,07	13,64
Vorjahresquartalswert	19946	18311	277	904	5773	1504	524	3	9326
Alte Bundesländer	29,38	26,98	0,92	2,99	19,10	4,98	1,73	0,01	30,85
Vorjahresquartalswert	5913	10092	582	796	3338	3108	870	28	1370
Neue Bundesländer	41,84	71,41	4,12	5,63	23,62	21,99	6,16	0,20	9,69