



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Jahresbericht zu den respiratorischen Viren 2023/2024

Jahresbericht zu den respiratorischen Viren 2023/2024

Auch in der letzten Saison 2023/2024 zirkulierten verschiedene respiratorische Erreger in der Schweiz. Die ambulanten Konsultationen aufgrund von akuten respiratorischen Infekten oder grippeähnlichen Symptomen erreichten ihren Höhepunkt zwischen Mitte Dezember und Anfang Februar. Die Grippewelle mit Höhepunkt Anfang Februar fiel kleiner aus als vorletzte Saison und scheint sich letzte Saison erstmals wieder auf dem vorpandemischen Niveau eingependelt zu haben. Die Covid-19-Welle erreichte Mitte Dezember ihren Höhepunkt und sank während der Grippewelle bereits wieder ab mit einem erneuten Anstieg ab Mai 2024.

1. EPIDEMIOLOGISCHE LAGE DER RESPIRATORISCHEN VIREN IN DER SCHWEIZ

Was ist neu?

Die Covid-19-Pandemie brachte nicht nur viele Erkrankungsfälle, Hospitalisationen und Todesfälle mit sich, sondern führte auch zu einer Erweiterung und Adaption der Meldesysteme des BAG (siehe auch Infobox). Das bereits bestehende Sentinel-System der ambulanten Konsultationen «Sentinella», welches die syndromische Erfassung grippeähnlicher Erkrankungen (ILI) und die virologische Testung am Nationalen Referenzzentrum für Influenza (NZI) eines Teiles der Erkrankten beinhaltet, wurde erweitert, um in den ersten Pandemie Jahren auch Covid-19-spezifische Symptome zu erfassen. Ab 2020 wurde die Testung der Sentinella-Fälle am NZI erweitert auf SARS-CoV-2, das Respiratorische Synzytialvirus (RSV), Rhinoviren, Adenoviren, saisonale Coronaviren und weitere respiratorische Viren. Zusätzlich wurden ab der Saison 2022/2023 die Kriterien der syndromischen Überwachung geändert, um neben ILI auch die allgemeinen akuten respiratorischen Infekte ohne Fieber zu erfassen (ARI). Das kurz vor der Pandemie ins Leben gerufene Spital-Sentinel-System CH-SUR wurde ebenfalls erweitert, um neben Influenza-positiven auch SARS-CoV-2-positiv Hospitalisationen zu erfassen. Ab 2022 wurde dann die Testung der Abwässer aus verschiedenen Abwasserreinigungsanlagen der Schweiz auf Influenza, SARS-CoV-2 und RSV eingeführt. Die zusätzlichen Daten erlaubten eine bessere Gesamtschätzung der Aktivität verschiedener respiratorischer Erreger. Das Jahr 2024 brachte auch Veränderungen im Hinblick auf Impfstoffe gegen respiratorische Erreger mit sich. Neu sind zwei Impfstoffe gegen RSV zugelassen: ein monoklonaler Antikörper für Kleinkinder (passive Impfung) sowie eine Impfung für ältere Personen. Um diesen Veränderungen Rechnung zu tragen, wird der jährliche Bericht zur Grippesaison ab diesem Jahr erweitert auf verschiedene respiratorische Viren mit Fokus auf SARS-CoV-2, Influenza und RSV.

1.1. Ambulante Arztkonsultationen aufgrund respiratorischer Symptome (Sentinella)

1.1.1. Wöchentliche und jährliche Konsultationen zu ILI und ARI

Im Jahr 2023/2024 (Woche 26/2023 bis Woche 25/2024) wurden insgesamt 7563 ARI-Fälle und 4905 ILI-Fälle gemeldet. Dies entspricht einer jährlichen Inzidenz von 4014 pro 100 000 Einwohner und Einwohnerinnen für ARI und 2595 pro 100 000 Einwohner und Einwohnerinnen für ILI. Hochgerechnet auf die Schweizer Bevölkerung ergeben sich für das Jahr 2023/2024 somit ungefähr 355 000 ambulante Arztkonsultationen aufgrund einer akuten respiratorischen Erkrankung und ungefähr 230 000 ambulante Arztkonsultationen aufgrund einer grippeähnlichen Erkrankung. Die wöchentlichen Inzidenzen entwickelten sich wie auch in den vorherigen Saisons für ILI- und ARI-Konsultationen ähnlich (siehe Abbildung 1). Die höchste wöchentliche ARI-Inzidenz wurde im Dezember in Woche 51 mit 163 pro 100 000 Einwohner und Einwohnerinnen gemessen. Die Konsultationen für ILI erreichten den Höhepunkt Anfang Februar in Woche 5 mit 148 pro 100 000 Einwohner und Einwohnerinnen (siehe Tabelle 1). 87 % der ILI-Fälle wurden während der klassischen Grippesaison (Woche 40 bis Woche 20) gemeldet.

1.1.2. Altersverteilung

Die saisonale und jährliche Inzidenz sowohl der ILI- wie auch der ARI-Konsultationen war wie in vorherigen Jahren am höchsten in der Altersklasse der 0- bis 4-Jährigen und am tiefsten bei den 65+-Jährigen (siehe Tabelle 1). Die wöchentliche Maximalinzidenz wurde bei den ILI-Konsultationen Mitte Januar bis Mitte Februar (Wochen 2–6) beobachtet und bewegte sich zwischen 75 pro 100 000 Einwohner und Einwohnerinnen (65+-Jährige) und 374 pro 100 000 Einwohner und Einwohnerinnen (0- bis 4-Jährige). Die ARI-Konsultationen hingegen erreichten den Maximalstand in den meisten Alters-

Infos zu der Überwachung von respiratorischen Viren

Das Bundesamt für Gesundheit erhält Informationen zur epidemiologischen Situation der respiratorischen Viren aus vier verschiedenen Systemen – dem obligatorischen Meldesystem, dem Sentinel-System «Sentinella», dem Sentinel-System in Spitälern «CH-SUR» und dem Abwassermonitoring. Die Überwachung von respiratorischen Viren in der Schweiz ist in der Infografik 1 veranschaulicht.

Eine saisonale Grippe oder eine Covid-19-Erkrankung wird oft aufgrund der auftretenden Symptomatik diagnostiziert, ein Teil der Fälle wird auch labordiagnostisch getestet auf Influenza oder SARS-CoV-2. Ein positives Laborresultat muss via das obligatorische Meldesystem gemeldet werden. Weil grippeähnliche Symptome im Winter sehr häufig vorkommen, jedoch die meisten Patientinnen und Patienten aufgrund von milden Symptomen nicht explizit getestet werden, betreibt das BAG mit einer Stichprobe von Grundversorgenden (Allgemeinpraktikerinnen und Allgemeinpraktiker, Internisten, Pädiaterinnen und Pädiater) das Sentinella-Meldesystem. Ärztinnen und Ärzte von rund 170 Praxen beteiligen sich freiwillig bei Sentinella, indem sie dem BAG Informationen zu Patientinnen und Patienten unter anderem mit grippeähnlicher Erkrankung (influenzali-like-illness, ILI) oder akuter respiratorischer Infektion (ARI) melden. ARI ist definiert als «akut beginnende Erkrankung mit Husten, Halsschmerzen, Kurzatmigkeit oder Schnupfen UND mit infektiösem Ursprung, gemäss ärztlicher Einschätzung». ILI ist definiert als «plötzlich aufgetretenes hohes Fieber (>38°C) und Husten oder Halsschmerzen, eventuell begleitet von ausgeprägtem Krankheits- und Schwächegefühl, Muskel-, Gelenk-, Kopf- oder generalisierten Schmerzen sowie gastrointestinalen (Magen-Darm betreffenden) Symptomen» und somit eine Untergruppe der ARI. Zudem werden Konsultationen aufgrund von Folgekrankheiten wie Pneumonien (Lungenentzündungen), Bronchitiden (Entzündungen der Bronchien) oder Otitiden (Ohrenentzündungen) gemeldet. Auf der Basis der gemeldeten Konsultationen aufgrund von ILI und ARI macht das BAG eine Hochrechnung der Arztkonsultationen für die Schweiz. Dies erlaubt, den Verlauf von akuten respiratorischen Infekten, inklusive der saisonalen Grippe und Covid-19, in der Bevölkerung abzuschätzen. Die hochgerechneten Fallzahlen aus dem Sentinella-System sind aufgrund der kleinen Stichprobe jedoch mit einer gewissen Unsicherheit behaftet.

Ein Teil der Sentinella-Ärzeschaft sendet Nasen-Rachen-Abstriche an das Nationale Referenzzentrum für Influenza (NZI) an den Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG). Alle Proben werden mit einem PCR-Panel-Test auf SARS-CoV-2, Influenza, RSV und andere respiratorische Viren (Adenoviren, Bocaviren, Coronaviren [229E, HKU1, NL63, OC43], Metapneumoviren, Parainfluenzaviren 1 bis 4 und Rhinoviren) untersucht. Das Referenzzentrum isoliert und typisiert die Influenzaviren aus den eingesandten Proben. Es prüft zudem eine Stichprobe auf Resistenzen gegenüber antiviralen Grippemedikamenten (Neuraminidase-Hemmern). Die Typisierung liefert Informationen zu den zirkulierenden Influenzaviren. Sie unterstützt die Beurteilung, ob die saisonalen Grippeimpfstoffe gegen die zirkulierenden Influenzaviren schützen.

Während der Pandemie gewann auch «CH-SUR», ein System zur epidemiologischen Überwachung von Influenza und Covid-19 in Schweizer Spitälern, an Bedeutung. Das Hauptziel besteht darin, Informationen zum klinischen Verlauf zu erfassen, um die Krankheitslast und die Entwicklung des Schweregrads von Grippe und Covid-19 zu überwachen. Die erfassten Daten geben unter anderem Auskunft über die Anzahl und Dauer der Hospitalisationen, den Impfstatus sowie die Aufenthalte auf der Intensivpflegestation (IPS) und der Überwachungsstation (Intermediate Care Unit IMCU). Zudem ist ersichtlich, ob die Patientin oder der Patient während des Spitalaufenthalts an oder mit Covid-19 beziehungsweise an oder mit Grippe verstorben ist. Die vom Bund während der Pandemie mit befristeten Krediten finanzierte Überwachung zu grippe- und covidbedingten Hospitalisationen laufen aus. Daher wurde die spitalbasierte Überwachung CH-SUR per Ende August 2024 sistiert.

Seit Februar 2022 werden respiratorische Erreger in der Bevölkerung zusätzlich durch die Überwachung der Abwässer erfasst. Dies ergibt ein von individuellen Tests unabhängiges Bild der Zirkulation von Krankheitserregern. Die Viruslast im Abwasser lässt jedoch keine Rückschlüsse auf die präzise Anzahl an erkrankten Personen zu. Aktuell werden drei respiratorische Erreger (SARS-CoV-2, Influenza und RSV) überwacht. Die Proben werden von 14 Abwasserreinigungsanlagen (ARA) bereitgestellt und zentral durch die Eawag (das Wasserforschungsinstitut des ETH-Bereichs) analysiert.

klassen bereits Mitte Dezember bis Ende Januar (Wochen 51–4). Bei den 0- bis 4-Jährigen war die Maximalinzidenz von ARI ähnlich hoch wie die ILI-Inzidenz (362 pro 100 000 Einwohner und Einwohnerinnen), während bei der Altersklasse der 65+-Jährigen die maximale ARI-Inzidenz deutlich höher war als die ILI-Inzidenz (159 pro 100 000). Der Anteil ILI an allen ARI-Konsultationen war bei Kindern am

höchsten (>71 %) und nahm mit zunehmendem Alter ab auf 50 % bei den über 65-Jährigen. 10,3 % der ARI-/ILI-Fälle entfielen auf Kinder von 0 bis 4 Jahren (Anteil an der Bevölkerung: 4,9 %) und 13,8 % entfielen auf ältere Personen über 65 Jahre (Anteil an der Bevölkerung: 19,2 %).

Infografik 1

Schematische Darstellung der Überwachung respiratorischer Viren

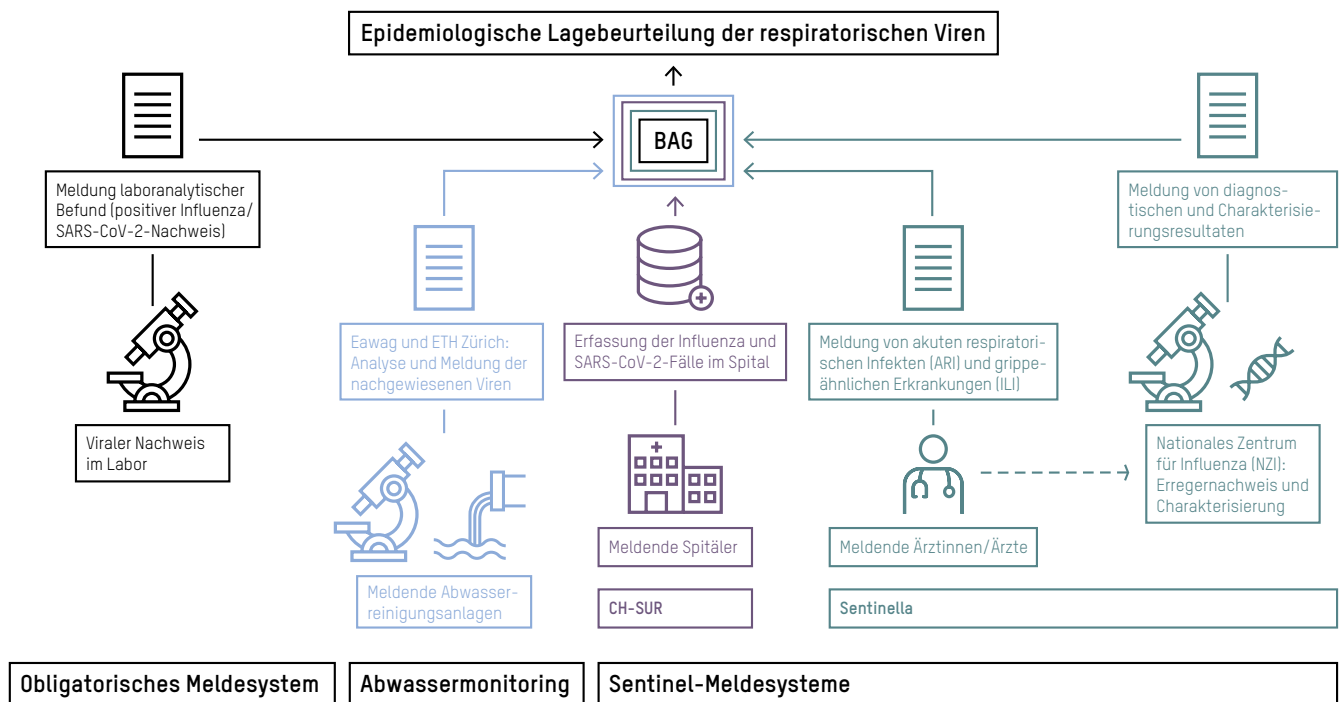
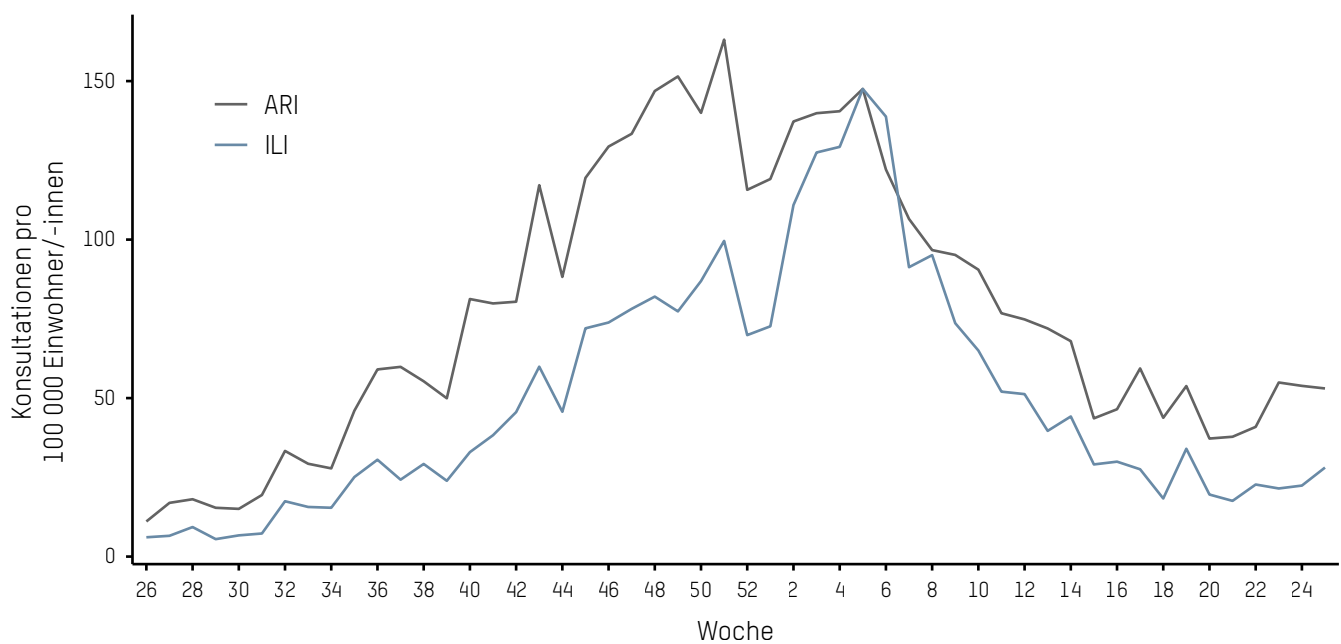


Abbildung 1

Wöchentliche Inzidenzen der ILI- und ARI-Konsultationen in Sentinella in der Saison 2023/2024

Alle Inzidenzen sind berechnet pro 100 000 Einwohner und Einwohnerinnen.



BAG, Stand: 31.07.2024

Tabelle 1

Altersspezifische Inzidenzen der ILI- und ARI-Konsultationen im Jahr 2023/2024

Die jährliche Inzidenz bezieht sich auf den Zeitraum Woche 26/2023 bis Woche 25/2024, die saisonale Inzidenz beinhaltet nur die Fälle zwischen Woche 40/2023 und 20/2024. Alle Inzidenzen sind berechnet pro 100 000 Einwohner und Einwohnerinnen.

Altersklasse	ILI			ARI		Anteil ILI an ARI (%)
	Wöchentliche Maximalinzidenz (Woche)	Jährliche Inzidenz	Saisonale Inzidenz	Wöchentliche Maximalinzidenz (Woche)	Jährliche Inzidenz	
0 – 4 Jahre	375 (6/2024)	4950	4565	362 (51/2023)	6997	71
5 – 14 Jahre	281 (3/2024)	3405	3044	204 (4/2024)	3831	89
15 – 29 Jahre	171 (5/2024)	2912	2464	175 (3/2024)	4414	66
30 – 64 Jahre	128 (5/2024)	2464	2113	165 (51/2023)	3945	62
65+ Jahre	75 (2/2024)	1561	1392	159 (49/2023)	3100	50
Alle Altersklassen	148 (5/2024)	2595	2259	163 (51/2023)	4014	65

1.1.3. Risikogruppen und Komplikationen

Wie in vorherigen Jahren gehörte auch im Jahr 2023/2024 ein kleiner Teil der ILI-/ARI-Fälle zur Risikogruppe für erhöhte Komplikationen wie z. B. chronische Lungen- oder Stoffwechselerkrankungen, Herz- oder Niereninsuffizienz, Immunschwäche oder Schwangerschaft (12,1 % über alle Altersklassen, 41,8 % bei 65+-Jährigen). Bei 3,4 % aller ILI-/ARI-Fälle und bei 8,6 % der 65+-Jährigen ILI-/ARI-Fällen wurde eine Pneumonie diagnostiziert. Eine direkte Hospitalisation wurde nur bei 0,3 % aller Fälle und 1,4 % der 65+-Jährigen-Fälle veranlasst. Personen aller Altersgruppen mit vorbestehenden Krankheiten hatten ein 3,3-fach (95 % Konfidenzintervall 2,5–4,3-fach) erhöhtes Risiko für eine Pneumonie, verglichen mit Personen ohne vorbestehende Krankheiten.

1.1.4. Impfungen

Der Grippe- und Covid-19-Impfstatus war bei 87 % und 83 % aller ILI-/ARI-Fälle bekannt. Über alle Altersklassen waren 9,1 % aller ILI-/ARI-Fälle am Anfang der Saison gegen Grippe geimpft worden und 3,1 % gegen Covid-19 in den sechs Monaten vor der Konsultation. Bei den 65+-Jährigen waren 15,2 % zuvor gegen Grippe geimpft worden und 37 % gegen Covid-19.

1.1.5. Jahresvergleich

Die Covid-19-Pandemie hat zu einer Abflachung und Verbreiterung der epidemiologischen Kurve der ILI-Konsultationen geführt (siehe Abbildung 2). Vor der Pandemie wurden durchschnittlich 98 % der ILI-Fälle innerhalb der klassischen Grippe-saison (Woche 40 bis Woche 20 des Folgejahres) gemeldet. Seit 2020 werden auch vermehrt Fälle in der Zwischensaison gemeldet. Der Anteil dieser Fälle ist jedoch rückläufig:

Während in der Überwachungsperiode 2020/2021 noch 23 % aussersaisonal erfasst wurden, hat sich der Anteil im Jahr 2023/2024 auf 13 % verringert. Der Höhepunkt der ILI-Aktivität war vor der Pandemie im Januar bis Februar (Woche 2 und 6), hat sich aber in den ersten drei Pandemie-jahren auf November/Dezember (2020/2021–2022/2023) bzw. März (2021/2022) verschoben. Seit der letzten Saison 2023/2024 scheint sich der Zeitpunkt der maximalen Aktivität mit Februar wieder auf das vorpandemische Muster eingependelt zu haben. Die jährliche ILI-Inzidenz lag letzte Saison 7 % tiefer als die durchschnittliche jährliche Inzidenz der vorpandemischen Jahre (2013/2014–2018/2019, 2844 pro 100 000 Einwohner und Einwohnerinnen).

1.2. Virologische Resultate aus dem Sentinella-Meldesystem

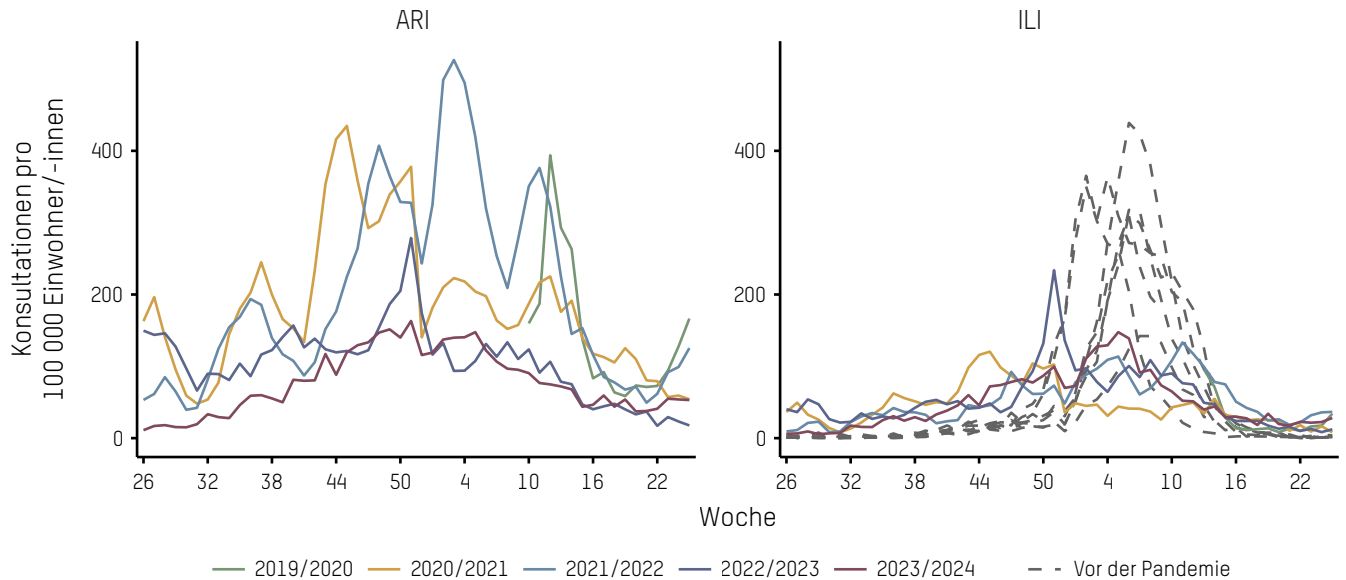
1.2.1. Zirkulierende Viren

Im Rahmen der ILI-/ARI-Konsultationen im Jahr 2023/2024 wurden 2616 Nasen-Rachen-Abstriche gemacht und mit einem PCR-Panel-Test für verschiedene respiratorische Viren getestet. Davon waren 1645 Proben (62,9 %) positiv für mindestens einen Erreger des Panels. Die meisten Proben waren positiv für SARS-CoV-2 (21,6 %), gefolgt von Rhinovirus (16,9 %) und Influenza (14,0 %) (siehe Tabelle 2). Von allen getesteten Proben wiesen 5,2 % eine Co-Infektion mit mindestens zwei Erregern auf. Die am häufigsten nachgewiesene Kombination war Rhinovirus und SARS-CoV-2 (18,5 % aller Co-Infektionen), gefolgt von der Kombination Influenza und SARS-CoV-2 (14,8 % aller Co-Infektionen). Seltener wurden die Kombinationen Adenovirus und Rhinovirus (5,9 %) bzw. RSV und SARS-CoV-2 nachgewiesen (5,2 %).

Abbildung 2

Vergleich der wöchentlichen Inzidenzen von ARI und ILI seit 2019/2020

Ein epidemiologisches Jahr beginnt in Woche 26 und dauert bis Woche 25 des Folgejahres. Vor 2022/2023 wurde statt ARI ein Verdacht auf Covid-19 erfasst, mit einer etwas anderen Definition. Der einfacheren Lesbarkeit halber werden diese Fälle in der Grafik trotzdem als ARI bezeichnet, der Vergleich zwischen den Saisons ist jedoch aufgrund der wechselnden Definition mit Vorsicht zu interpretieren.



BAG, Stand: 31.07.2024

Tabelle 2

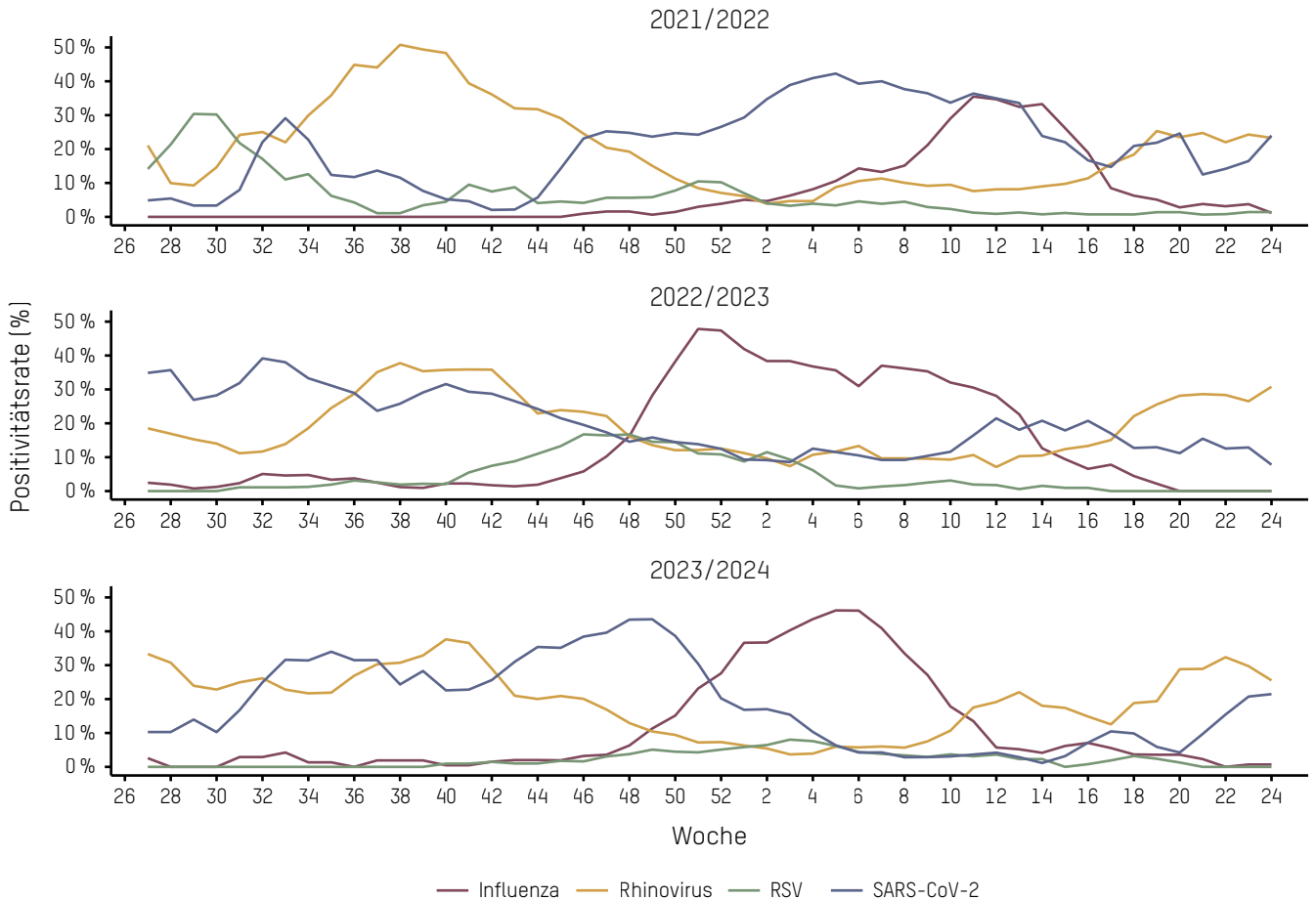
Positivitätsraten der getesteten ILI-/ARI-Proben (n = 2616) im Jahr 2023/2024

«Maximal» bezeichnet die maximale Positivitätsrate auf dem Höhepunkt, basierend auf dem 3-Wochen-Schnitt. Die Spalten «Kumulativ Jahr» und «Kumulativ Saison» bezeichnen die über das ganze Jahr (Woche 26 bis Woche 25) bzw. über die ganze Grippesaison (Woche 40 bis Woche 20) berechnete Positivitätsrate

Erreger	Anzahl positive	Positivitätsrate (%)		
		Maximal	Kumulativ Jahr	Kumulativ Saison
SARS-CoV-2	566	43,5	21,6	21,0
Influenza	365	46,2	14,0	17,2
Rhinovirus	442	37,6	16,9	14,2
hMPV	79	13,9	3,0	3,5
RSV	73	8,0	2,8	3,5
Parainfluenzavirus 1/3	60	15,7	2,3	2,2
Adenovirus	53	8,0	2,0	2,0
Parainfluenzavirus 2/4	44	13,2	1,7	1,1
Coronavirus OC43	41	4,2	1,6	1,9
Coronavirus HKU1	32	5,0	1,2	1,4
Coronavirus 229E	17	3,2	0,6	0,8
Bocavirus	9	1,4	0,3	0,4
Coronavirus NL63	7	1,7	0,3	0,2

Abbildung 3
Zeitlicher Verlauf der Positivitätsraten für Influenza, Rhinovirus, RSV und SARS-CoV-2 in den letzten drei Jahren in Proben aus dem Sentinella-Meldesystem

Die Raten sind als gleitender Mittelwert über drei Wochen dargestellt.



BAG, Stand: 31.07.2024

Ausserhalb der Grippezeit (Woche 40 bis Woche 20) wurde bei Personen mit ILI/ARI nur in sieben Proben (1,9 %) das Influenzavirus nachgewiesen. Ähnlich wie in der vorletzten Saison 2022/2023 stieg die Positivitätsrate in der Saison 2023/2024 für Influenza erst Anfang Dezember (Woche 49) über den 10-%-Schwellenwert und sank Mitte März (Woche 11) wieder darunter (siehe Abbildung 3). Die höchste Influenza-Aktivität wurde Anfang Februar (Woche 5) registriert mit einer gemittelten Positivität von 46,2 %. Die SARS-CoV-2-Aktivität hingegen stieg bereits im Sommer an und erreichte Mitte Dezember (Woche 49) den Höhepunkt mit 43,5 %. RSV wurde erst ab Mitte Oktober (Woche 41) detektiert in Personen mit ILI/ARI, die grösste Zirkulation wurde Ende Januar (Woche 4) mit einer mittleren Positivitätsrate von 8 % festgestellt. Nach Mitte Mai wurden keine Proben mehr positiv auf RSV getestet. Rhinovirus zirkulierte wie auch in früheren Jahren vor allem in den Sommer- bis Herbstmonaten.

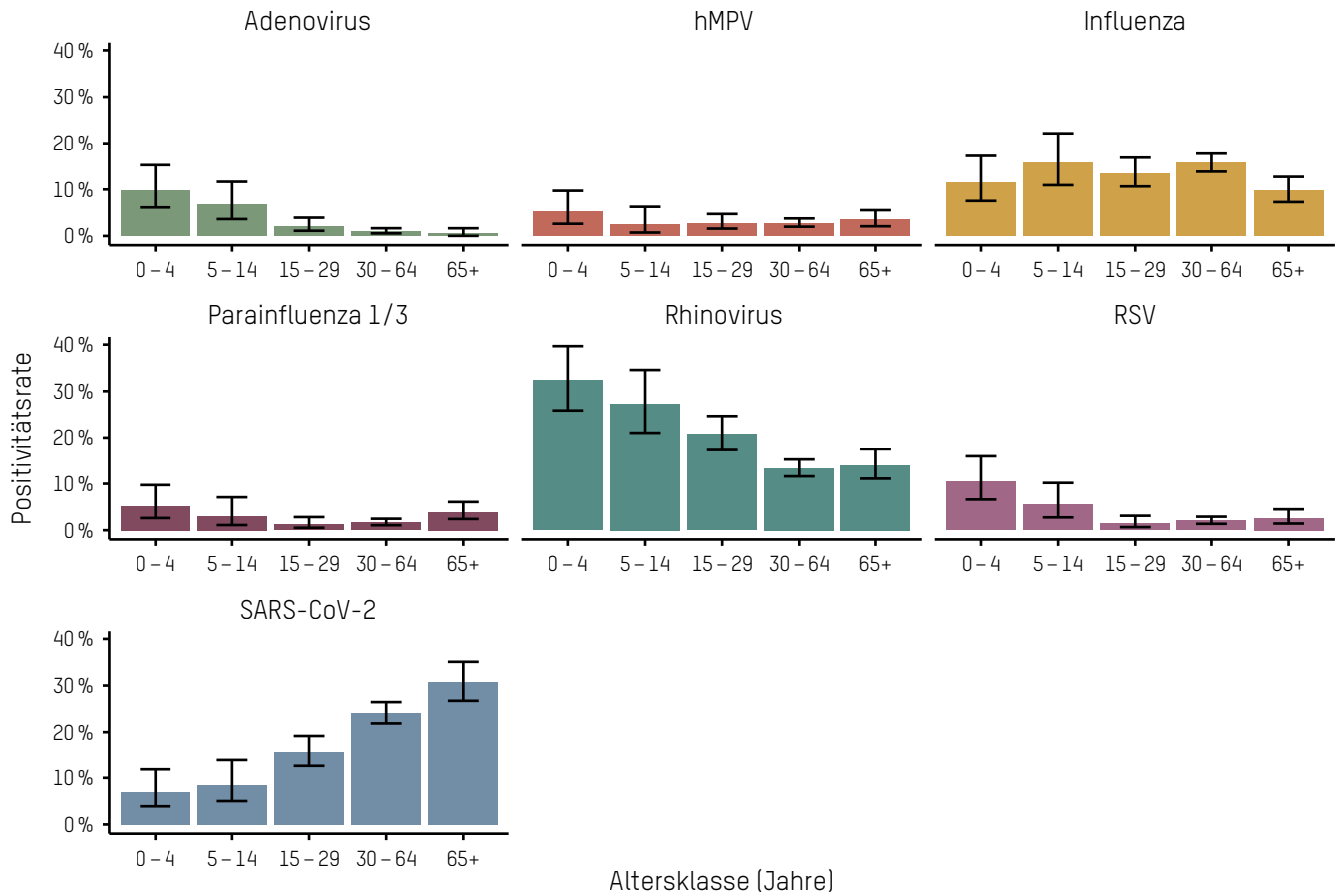
1.2.2. Zirkulierende Viren nach Altersklasse

Die Positivitätsrate von SARS-CoV-2 nahm in 2023/2024, wie auch in den Vorjahren, mit zunehmendem Alter zu (siehe Abbildung 4). Adenovirus, Rhinovirus, Parainfluenza 1/3 und RSV hingegen zeigten ein gegensätzliches Muster: Hier stieg die Positivitätsrate mit abnehmendem Alter an. Parainfluenza 1/3 zeigte zudem einen leichten Anstieg bei den 65+-Jährigen verglichen mit jüngeren Erwachsenen. Bei hMPV war der Prozentsatz positiver Proben in der Altersklasse der 0- bis 4-Jährigen ebenfalls höher als in den anderen Altersklassen. Bei Influenza hingegen war keine lineare Altersabhängigkeit zu beobachten und in allen Altersklassen waren kumulativ mindestens 10 % aller Proben positiv für Influenza A oder B.

Abbildung 4

Altersspezifische Positivitätsraten bei ILI-/ARI-Fällen nach Erreger im Jahr 2023/2024 (Woche 26 bis Woche 25)

Die schwarzen vertikalen Linien bezeichnen das 95%-Konfidenzintervall für die gemessenen Positivitätsraten. Nur Erreger mit einer Positivitätsrate von mindestens 2 % über die gesamte Saison sind dargestellt.



BAG, Stand: 31.07.2024

Tabelle 3

Charakterisierung der zirkulierenden Influenzaviren während der Saison 2023/2024

IHA = *inhibition-haemagglutination assay* (Hämagglutinationstest)

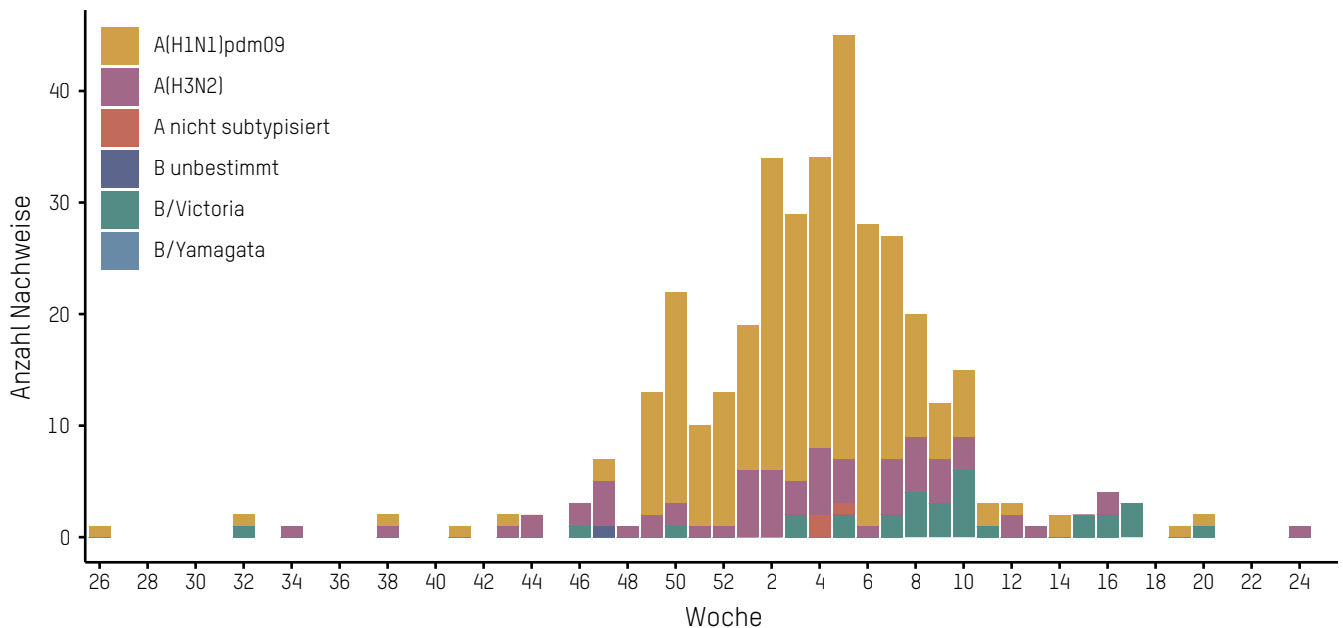
Typ	Subtyp/Linie	IHA-Charakterisierung	Anzahl	Abdeckung durch Impfstoffe 2023/2024 (nördliche Hemisphäre)
A	H1N1pdm09	A/Norway/25089/2022	1	
A	H1N1pdm09	A/Victoria/4897/2022	19	▲ ■
A	H3N2	A/Darwin/9/2021	5	▲ ■
A	H3N2	A/Thailand/8/2022	7	
A	H1N1	nicht charakterisiert	2	
B	Victoria	B/Austria/1359417/2021	13	▲ △ ■ □
B		nicht charakterisiert	2	

▲ = trivalent, ei-basiert △ = trivalent, zell-basiert ■ = quadrivalent, ei-basiert □ = quadrivalent, zell-basiert

Abbildung 5

Wöchentliche Anzahl der nachgewiesenen Influenzasubtypen bzw. -linien in der Saison 2023/2024

Die Linie B/Yamagata wurde seit der Covid-19-Pandemie nicht mehr nachgewiesen.



BAG, Stand: 31.07.2024

1.2.3. Influenzatyphen und antigene Charakterisierung

Der Anteil Influenza A unter allen Influenza-positiven Proben aus dem Sentinella-Meldesystem war letzte Saison mit 91,2 % einiges höher als vorletzte Saison (67,2 %).

Wie bereits in vorherigen Saisons beobachtet, stieg die Aktivität von Influenza B gegen Ende der Influenzawelle an, während die Nachweise von Influenza-A-Viren bereits zurückgingen (siehe Abbildung 5). Der am häufigsten nachgewiesene Subtyp war der frühere pandemische Stamm A(H1N1)pdm09 (72,1 % aller Influenza-positiven Proben), gefolgt vom Subtyp A(H3N2) (18,4 %) und B/Victoria (8,5 %). Die Linie B/Yamagata wurde seit der Covid-19-Pandemie nicht mehr nachgewiesen.

Von den 365 Influenza-positiven Proben wurden 49 (13,4 %) zusätzlich mit einem Hämagglutinationstest auf ihre Ähnlichkeit mit in den Grippeimpfungen verwendeten Stämmen getestet (siehe Tabelle 3). Vier Proben konnten nicht charakterisiert werden, 37 Proben (76 %) zeigten eine Ähnlichkeit mit den Stämmen in den für 2023/2024 empfohlenen Impfstoffen für die nördliche Hemisphäre, acht Proben (18 %) zeigten keine Reaktivität mit den gegen die Impfstämme gerichteten Referenzseren.

1.3. Hospitalisationen (CH-SUR)

1.3.1. Fallzahlen

Im Jahr 2023/2024 wurden in den sechs Spitälern des CH-SUR-Meldesystems insgesamt 5734 Hospitalisationen gemeldet, davon waren 1653 (29 %) grippebedingt und 4081 (71 %) Covid-19-bedingt. Die meisten Covid-19-Hospitalisationen wurden im Dezember (Woche 50) gemeldet mit 325 Fällen (siehe Abbildung 6). Der Höhepunkt der Grippe-Hospitalisationen erfolgte erst Ende Januar (Woche 4) mit 193 Fällen. Bei den grippebedingten Hospitalisationen war der Grossteil der Patienten und Patientinnen mit Influenza-Viren des Typs A infiziert (1606 Fälle, 97,2 %), nur 42 Patientinnen und Patienten waren durch Influenza-Viren des Typs B infiziert, bei 5 Patientinnen und Patienten fehlte der Virustyp.

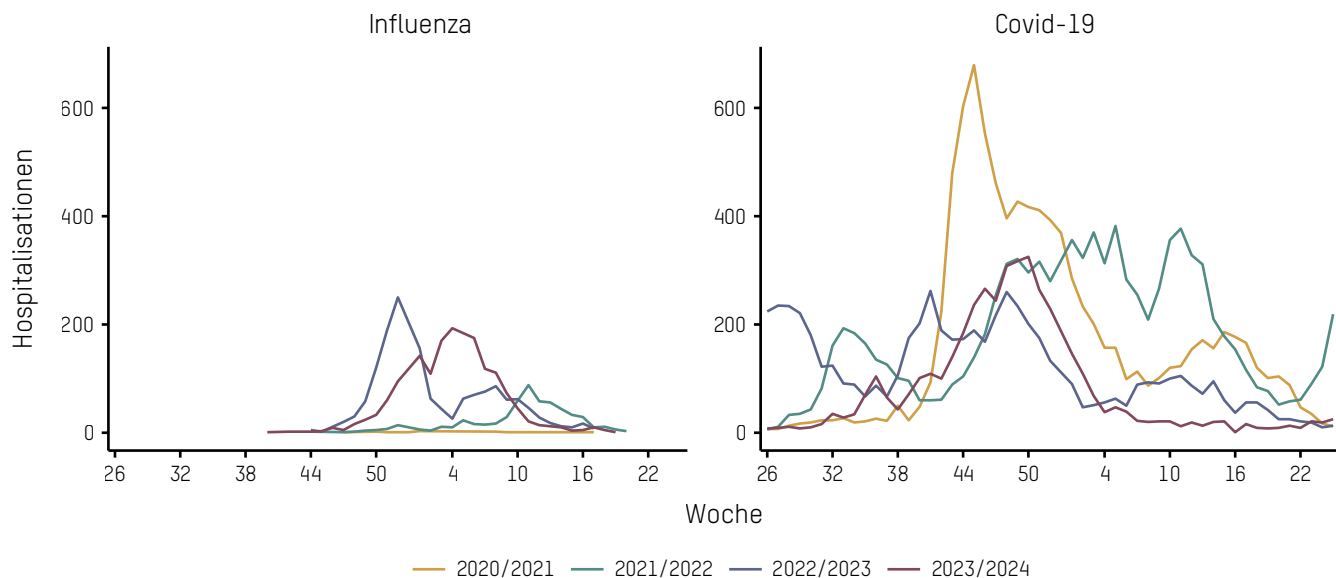
1.3.2. Demografie und Schweregrad

Das mediane Alter der Personen, die im Zusammenhang mit Influenza hospitalisiert wurden, war mit 71 Jahren geringfügig tiefer als das der Personen, die im Zusammenhang mit Covid-19 hospitalisiert wurden (79 Jahre). Von den mit Influenza Hospitalisierten waren 48,2 % männlichen Geschlechts, von den mit Covid-19-Hospitalisierten waren 50,7 % männlichen Geschlechts, bei einer Person mit Covid-19 war das Geschlecht unbekannt. Rund 17,2 % der Infektionen mit Influenza und 32,2 % der Infektionen mit SARS-CoV-2 erfolgten während des Spitalaufenthalts (nosokomial). Die restlichen Infektionen erfolgten vor dem Spitaleintritt, bei 19 Fällen war keine Angabe zum Infektionsort verfügbar. Im Median betrug die Dauer der Grippe-Hospitalisationen sechs Tage und bei den

Abbildung 6

Jahresvergleich der wöchentlichen Hospitalisationen im CH-SUR-Meldesystem für Influenza und Covid-19

Grippebedingte Hospitalisationen wurden nur während der Grippesaison (Woche 40 bis Woche 20) erfasst. Die Daten stammen von sechs durchgehend meldenden Spitälern.



BAG, Stand: 31.07.2024

Covid-19-Hospitalisationen sieben Tage. Ein kleiner Prozentsatz der Hospitalisierten musste in der Intermediate Care (IMC) behandelt werden (7,4 % der Influenza-Fälle und 5,1 % der Covid-19-Fälle). Bei 12,0 % der Influenza-Hospitalisationen und 7,9 % der Covid-19-Hospitalisationen war eine Behandlung auf der Intensivstation notwendig. Insgesamt 70 (4,2 %) der mit Influenza Hospitalisierten und 282 (6,9 %) der mit Covid-19 Hospitalisierten verstarben während des Spitalaufenthalts.

1.4. Labormeldungen im obligatorischen Meldesystem

Insgesamt wurden von Woche 26/2023 bis Woche 25/2024 18 824 Influenzafälle und 48 970 SARS-CoV-2-Fälle gemeldet. Dies entspricht einer jährlichen Inzidenz von 213 pro 100 000 Einwohner und Einwohnerinnen für Influenza und 553 pro 100 000 Einwohner und Einwohnerinnen für SARS-CoV-2. Die Influenzawelle erreichte Ende Januar (Woche 4) einen Höhepunkt mit 2327 gemeldeten Fällen (26,3 pro 100 000 Einwohner und Einwohnerinnen). Nur 1,1 % aller Influenzafälle im obligatorischen Meldesystem wurde ausserhalb der Grippesaison (Woche 40 bis Woche 20) gemeldet. Die SARS-CoV-2-Fälle erreichten das Maximum bereits Mitte Dezember (Woche 49) mit 3663 Meldungen (40,4 pro 100 000 Einwohner und Einwohnerinnen).

1.4.1. Alters- und Regionalverteilung

Die höchste jährliche Inzidenz der laborbestätigten Influenzafälle wurde wie bereits in vorherigen Jahren in der Altersklasse der 0- bis 4-Jährigen beobachtet (459 pro 100 000 Einwohner/-innen), gefolgt von der Altersklasse der 65+-Jährigen (441 pro 100 000) (siehe Tabelle 4). Die maximale Grippeaktivität wurde über alle Altersklassen Ende Januar (Woche 4) gemeldet. Die meisten laborbestätigten Meldungen zu SARS-CoV-2 hingegen wurden wie bereits in den vorherigen Jahren in der Altersgruppe der 65+-Jährigen gemacht (1783 pro 100 000). Im Kanton Appenzell Innerrhoden wurde die tiefste altersstandardisierte Inzidenz gemeldet – sowohl für Influenza (29,4 pro 100 000) als auch für SARS-CoV-2 (220 pro 100 000). Die höchste altersstandardisierte Inzidenz für Influenza wurde aus dem Kanton Jura gemeldet (474 pro 100 000) und für SARS-CoV-2 aus dem Kanton Gené (976 pro 100 000).

1.4.2. Influenzatyphen

Von den 18 824 gemeldeten Influenzafällen aus dem obligatorischen Meldesystem waren 95,9 % vom Influenza-Typ A, 3,9 % vom Typ B und 0,2 % unbekannt (siehe Abbildung 7). Wie auch vorletzte Saison stiegen die Nachweise für Typ B gegen Ende der Grippewelle an, als die Zirkulation von Typ A bereits am Abklingen war.

Tabelle 4

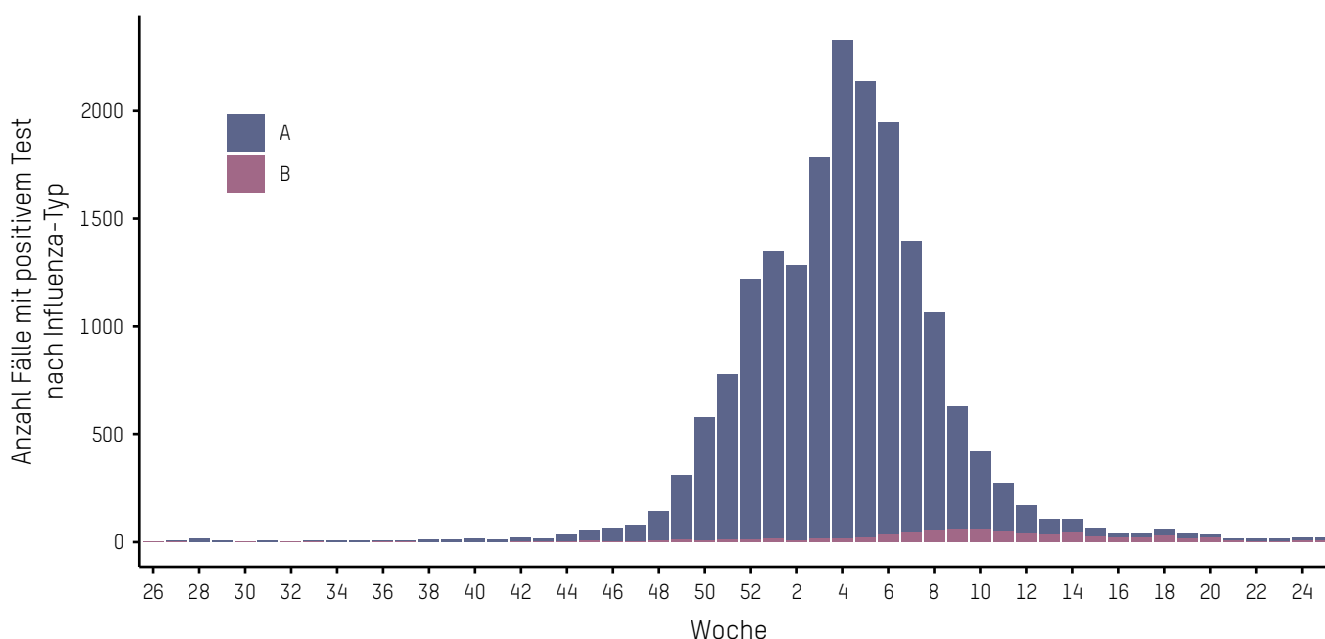
Altersspezifische Inzidenzen der laborbestätigten Nachweise für Influenza und SARS-CoV-2 im Jahr 2023/2024

Die jährliche Inzidenz bezieht sich auf den Zeitraum Woche 26/2023 bis Woche 25/2024, die saisonale Inzidenz beinhaltet nur die Fälle zwischen Woche 40/2023 und 20/2024. Alle Inzidenzen sind berechnet pro 100 000 Einwohner und Einwohnerinnen.

Altersklasse	Influenza			SARS-CoV-2	
	Wöchentliche Maximalinzidenz (Woche)	Jährliche Inzidenz	Saisonale Inzidenz	Wöchentliche Maximalinzidenz (Woche)	Jährliche Inzidenz
0 – 4 Jahre	62 (4/2024)	459	456	48 (49/2023)	501
5 – 14 Jahre	30 (4/2024)	202	200	5 (49/2023)	56
15 – 29 Jahre	10 (4/2024)	91	90	13 (50/2023)	168
30 – 64 Jahre	17 (4/2024)	141	139	24 (49/2023)	310
65+ Jahre	52 (4/2024)	441	437	135 (46/2023)	1783
Alle Altersklassen	26 (4/2024)	213	210	41 (49/2023)	553

Abbildung 7

Wöchentliche Anzahl Fälle mit positivem Influenzatest nach Influenza-Typ aus dem obligatorischen Meldesystem in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein in der Saison 2023/2024



BAG, Stand: 31.07.2024

1.4.3. Jahresvergleich

Die obligatorisch gemeldeten Fallzahlen für Influenza sind nach einer grösseren Welle 2022/2023 wieder zurückgegangen auf 213 pro 100 000 Einwohner und Einwohnerinnen im Jahr 2023/2024 (siehe Tabelle 5). Die Inzidenz lag damit 2023/2024 aber immer noch über dem vorpandemischen Niveau. Dies kann einerseits am zunehmenden Einsatz von Multiplex-PCR-Tests vor allem in Spitälern und der damit verbundenen erhöhten Diagnoserate liegen, aber auch an einer tatsächlichen Zunahme der Grippeaktivität. Der Höhepunkt der Influenza-Labormeldungen scheint sich in der letzten Sai-

son wieder auf die vorpandemische Saisonalität eingependelt zu haben (siehe Abbildung 8). Die Inzidenz von SARS-CoV-2 ist seit dem Rekordjahr 2021/2022 stark zurückgegangen und lag im Jahr 2023/2024 noch bei 553 pro 100 000 Einwohner und Einwohnerinnen. Dieser Rückgang ist zu einem grossen Teil durch die Abschaffung der Krankenkassenvergütung von SARS-CoV-2-Tests und durch das damit verbundene veränderte Testverhalten bedingt. Das Virus ist weiterhin aktiv, der Schweregrad der Erkrankungen hat jedoch im Vergleich zu den Vorjahren abgenommen.

Tabelle 5

Jährliche Inzidenzen von Influenza und SARS-CoV-2 aus dem obligatorischen Meldesystem im Vergleich

Ein epidemiologisches Jahr umfasst die Wochen 26 bis Woche 25 des Folgejahres. Für das Jahr 2019/2020 werden daher für SARS-CoV-2 nur die Fälle der ersten Covid-19-Welle 2020 gezählt. Die Herbstwelle 2020 zählt somit bereits zum Jahr 2020/2021. Alle Inzidenzen sind berechnet pro 100 000 Einwohner und Einwohnerinnen.

Jahr	Influenza	SARS-CoV-2
2023/2024	213	553
2022/2023	276	7494
2021/2022	134	34232
2020/2021	1	7597
2019/2020	137	351
2018/2019	160	
2017/2018	176	
2016/2017	112	
2015/2016	44	
2014/2015	70	
2013/2014	19	

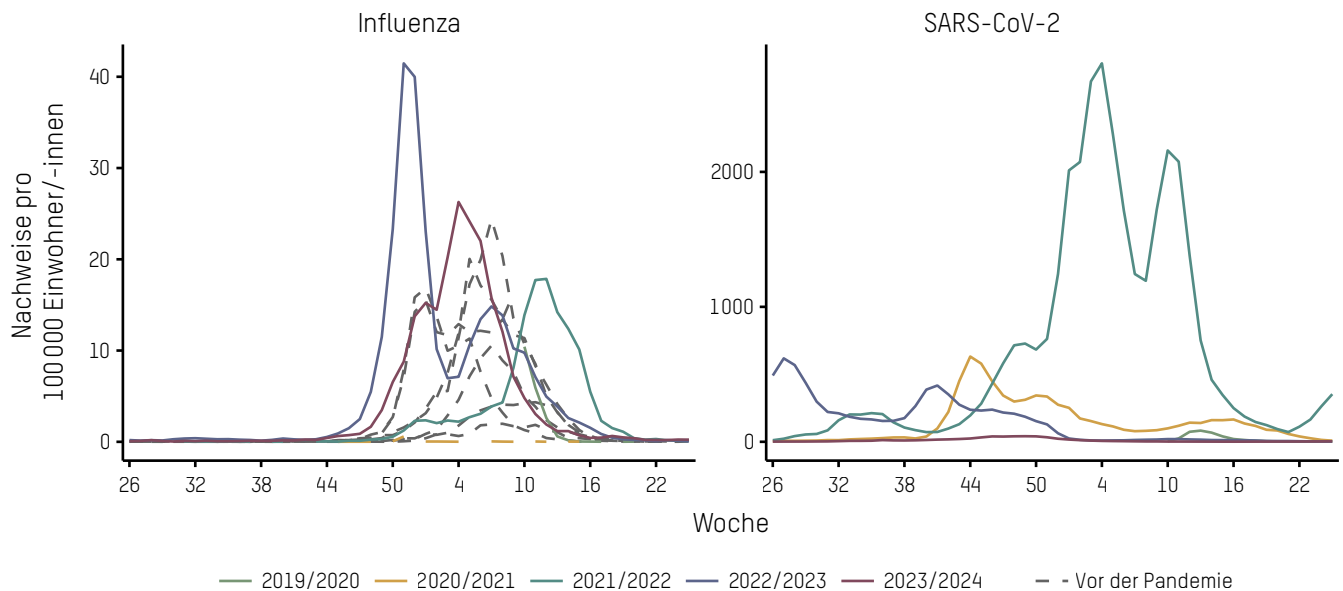
1.5. Abwassermonitoring

Aktuell wird mit dem Abwassermonitoring in der Schweiz die Viruslast von Influenza, SARS-CoV-2 und RSV im Abwasser überwacht (siehe Abbildung 9). Die Spitzenaktivität war bei Influenza Ende Januar/Anfang Februar 2024, bei SARS-CoV-2 im Dezember 2023 und bei RSV Ende Dezember 2023/Anfang Januar 2024 zu verzeichnen. Während dem gesamten Jahr 2023/2024 dominierte die Variante JN.1 mit über 90 % Anteil aller sequenzierten Abwasserproben. Ab Mai 2024 stiegen die KP.2/KP.3-Varianten rapide an und machten am Ende des Jahres 2023/2024 rund 60 bis 70 % der Sequenzen im Abwasser aus.

2. SYNTHESE**2.1. Influenza**

Vor der Covid-19-Pandemie zeigte sich eine konsistente zeitliche Korrelation der syndromischen ILI-Konsultationsrate, der virologischen Influenza-Nachweise bei den ILI-Fällen, der obligatorisch gemeldeten Labornachweise für Influenza (und ab 2019 auch der Hospitalisationen im CH-SUR-Sentinel-System) mit einem zeitgleichen Anstieg, Höhepunkt und Rückgang der Grippeaktivität. Die maximale Grippeaktivität wurde in den Saisons 2013/2014 bis 2019/2020 zwischen Januar und Mitte März (Woche 1 und 11) gemeldet. Die diversen Massnahmen zur Bekämpfung der Covid-19-Pandemie führten zu einer star-

Abbildung 8

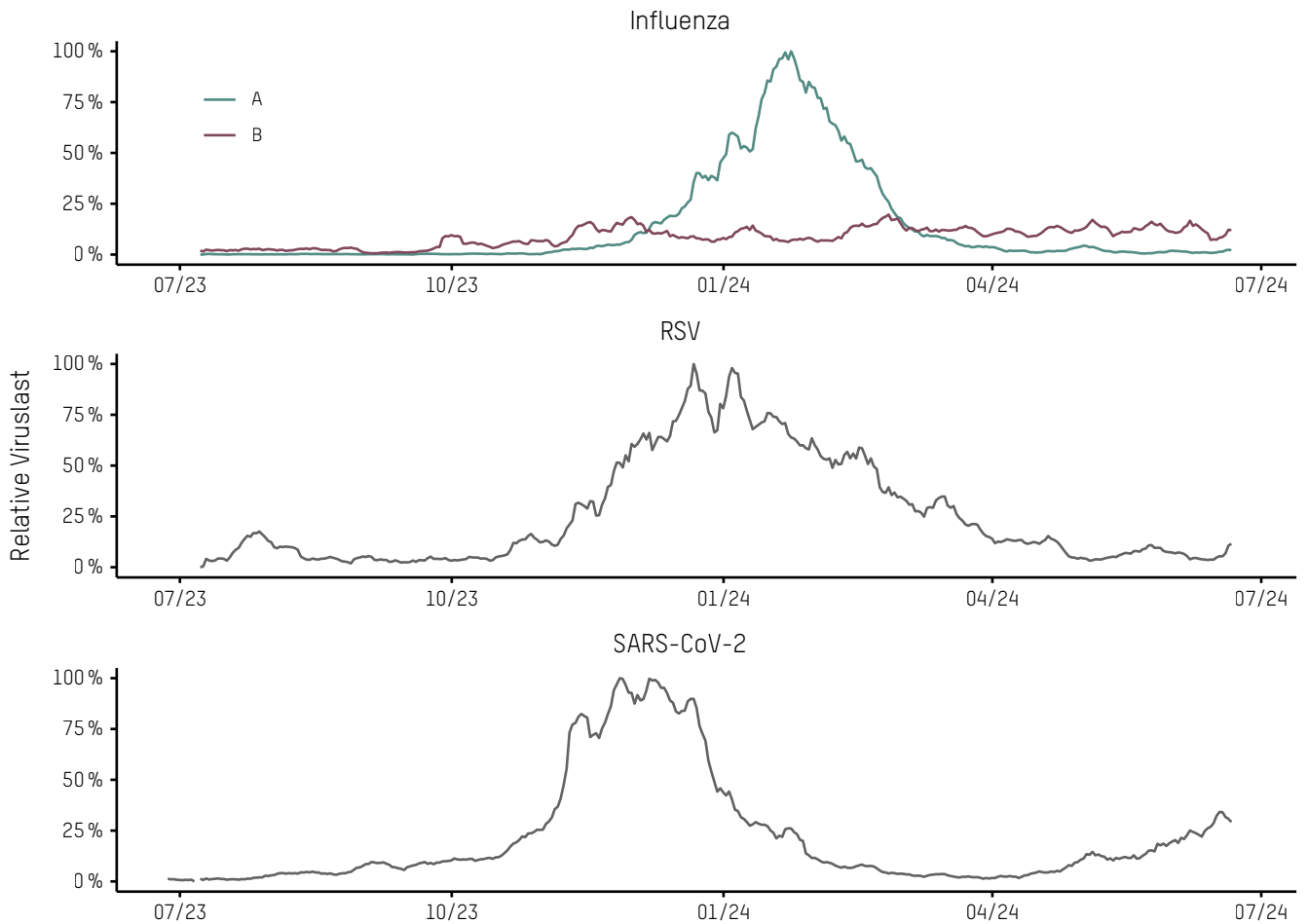
Wöchentliche Inzidenzen der obligatorisch gemeldeten Labornachweise für Influenza und SARS-CoV-2 im Jahresvergleich

BAG, Stand: 31.07.2024

Abbildung 9

Durchschnittliche relative Viruslast von Influenza, RSV und SARS-CoV-2 im Abwasser im Jahr 2023/2024

Die relative Viruslast ist berechnet aus der absoluten (gemessenen) Viruslast, welche über alle Abwasserreinigungsanlagen gemittelt und nach Einwohnerzahlen gewichtet wurde und dann als Prozentsatz des maximal gemessenen Wertes berechnet wurde.



BAG, Stand: 31.07.2024

ken Abnahme der zirkulierenden Grippeviren zu Beginn der Pandemie, sodass während der Grippesaison 2020/2021 praktisch keine Fälle im obligatorischen System wie auch bei den Hospitalisationen gemeldet wurden. In der Folge kam es auch zu einer Abnahme der Immunität gegen Grippe in der Population (Immunitätslücke/*immunity gap*). Die Aufhebung der Massnahmen im weiteren Verlauf der Pandemie und die vermehrten Kontakte in Kombination mit einer geringen Immunität führten ab 2022/2023 zu einer überdurchschnittlichen Zunahme von Ansteckungen und Erkrankungen. Dies widerspiegelte sich sowohl in den obligatorisch gemeldeten Fallzahlen als auch in den virologisch bestätigten Influenzananalysen bei ILI-/ARI-Fällen aus dem Sentinella-System und den Fallzahlen aus CH-SUR. Die Fallzahlen der letzten Saison 2023/2024 fielen nicht ganz so hoch aus wie vorletzte Saison, was möglicherweise darauf hindeutet, dass sich die Immunitätslücke durch die vermehrte Übertragung 2022/2023 wieder verkleinert hat. Es gab jedoch bereits vor der Pandemie

grössere und kleinere Grippewellen, die Gründe dafür sind nicht vollständig geklärt. Die Pandemie führte aber auch zu einer Entkoppelung von ILI-Konsultationsraten und Influenza Fallzahlen der übrigen Meldesysteme. Die vor der Pandemie beobachtete zeitliche Korrelation ist seit 2020 abgeschwächt: Die ILI-Konsultationsraten sind seither ausserhalb der klassischen Grippesaison überdurchschnittlich hoch während die übrigen Meldesysteme wenig Influenza Aktivität aufzeigen. Wie die Resultate aus der respiratorischen Paneltestung bei ILI-Fällen zeigen, zirkulieren einige andere respiratorische Viren wie Rhinovirus mit teilweise hohen Raten auch im Frühling bis Herbst. Auch die SARS-CoV-2-Übertragung war bereits Ende Sommer bis im Dezember am Ansteigen. Die ILI-/ARI-Konsultationsraten widerspiegeln seit der Pandemie daher eher die gesamte Aktivität an respiratorischen Erregern, die zu einer Arztkonsultation führen. Wie sich die saisonale Zirkulation der verschiedenen respiratorischen Erreger entwickeln wird, lässt sich noch nicht abschätzen.

2.2. Covid-19

SARS-CoV-2 zeigt bis jetzt keine klare Saisonalität. Die beobachteten Spitzen im Infektionsgeschehen folgen in einem Abstand von fünf bis neun Monaten aufeinander und sind unabhängig von der klassischen Grippezeit. Stattdessen zeigt das Infektionsgeschehen von SARS-CoV-2 primär eine Kopplung an das Auftreten neuer Varianten sowie den generellen stetigen Rückgang der erworbenen Immunität in der Gesamtbevölkerung. Mit dem Wegfallen der Testvergütung für SARS-CoV-2 ist im Jahr 2023/2024 eine deutlich niedrigere Inzidenz der obligatorisch gemeldeten Fälle zu beobachten, die tatsächliche Krankheitslast in der Bevölkerung fällt basierend auf der Testpositivität im Sentinella-Meldesystem und dem Abwassermonitoring wahrscheinlich ähnlich zu den Vorjahren aus. Es ist hierbei jedoch zu beobachten, dass die Gesamtanzahl der durch SARS-CoV-2 verursachten Hospitalisationen seit 2022 gesunken ist. Dies ist hauptsächlich auf den Effekt der Impfungen und erworbenen Teilimmunität aufgrund von früheren SARS-CoV-2-Erkrankungen zurückzuführen.

2.3. RSV

Die Überwachung von RSV erfolgte über zwei Meldesysteme: die virologische Testung von ILI-/ARI-Fällen im Sentinella-System und die Testung von Abwasser. Die Daten beider Meldesysteme zeigten in der letzten Saison einen ungefähr zeitgleichen Anstieg der zirkulierenden RS-Viren mit Höhepunkt der Test-Positivitätsrate und der Virenlast im Januar.

3. DIE SITUATION IN EUROPA

Das Infektionsgeschehen der respiratorischen Viren in Europa spiegelt grösstenteils die beobachteten Trends in der Schweiz wider. Die maximale Rate der ILI-Konsultationen in ambulanten Sentinel-Systemen in europäischen Ländern wurde im Median in Woche 6/2024 verzeichnet, zeitgleich mit der Schweiz (Woche 5/2024). Der Höhepunkt der ARI-Konsultationen wurde in Europa mit Woche 6/2024 hingegen ein paar Wochen später als in der Schweiz erreicht (Woche 51/2023). Die Zirkulation von Influenzaviren war in den europäischen Ländern vergleichbar mit der Schweiz mit einer Dominanz des A(H1N1)pdm09-Stammes, einer tiefen Positivität für Influenza-B-Viren und der Absenz der Linie B/Yamagata (siehe Tabelle 6). Auch die kumulative RSV-Positivitätsrate war in europäischen Sentinel-Systemen ähnlich tief wie in der Schweiz. SARS-CoV-2 wurde in der Schweiz hingegen fast doppelt so häufig nachgewiesen bei ILI-/ARI-Fällen wie im europäischen Raum. Die Gründe dafür sind unklar.

Tabelle 6

Zirkulierende respiratorische Viren im Jahr 2023/2024 in der Schweiz und in Europa

Die Positivitätsraten sind berechnet aus Proben von ambulanten Arztkonsultationen aufgrund eines respiratorischen Infektes (Sentinella in der Schweiz bzw. «*primary care sentinel*»-Systemen in Europa). Die Spalten "Kumulativ Jahr" und "Kumulativ Saison" bezeichnen die über das ganze Jahr (Woche 26 bis Woche 25) bzw. über die ganze Grippezeit (Woche 40 bis Woche 20) berechnete Positivitätsrate. Die Daten stammen von der Datenplattform ERVISS des WHO-Regionalbüros Europa [1].

Erreger	Positivitätsrate (%) Europa		Positivitätsrate (%) Schweiz	
	Kumulativ Jahr	Kumulativ Saison	Kumulativ Jahr	Kumulativ Saison
Influenza	14,8	16,8	14,0	17,2
A unbestimmt	13,8	13,8	0,8	0,8
A(H1N1)pdm09	59,4	59,7	72,1	72,6
A(H3N1)	16,8	16,7	18,4	17,9
B unbestimmt	4,2	4,1	0,3	0,3
B/Victoria	5,2	5,1	8,5	8,4
RSV	4,7	5,5	2,8	3,5
SARS-CoV-2	11,4	10,2	21,6	21,0

Tabelle 7

Empfehlungen der WHO zur Zusammensetzung der Grippeimpfstoffe für die nördliche Hemisphäre

	Empfehlung letzte Saison 2023/2024 (ei-basierte Impfstoffe) [2]	Empfehlung nächste Saison 2024/2025 (ei-basierte Impfstoffe) [3]
A(H1N1)	A/Victoria/4897/2022 (H1N1)pdm09-like	A/Victoria/4897/2022 (H1N1)pdm09-like
A(H3N2)	A/Darwin/9/2021 (H3N2)-like	A/Thailand/8/2022 (H3N2)-like
B/Victoria	B/Austria/1359417/2021-like	B/Austria/1359417/2021-like
B/Yamagata*	B/Phuket/3073/2013-like*	B/Phuket/3073/2013-like*

* Nur für die Herstellung von quadrivalenten Grippeimpfstoffen

4. IMPFUNGEN

4.1. Resultate der postsaisonalen Bevölkerungsumfrage zu Grippe und Covid-19

Zwischen Mai und Juli 2024 wurde eine repräsentative Stichprobe der Schweizer Bevölkerung (total 3187 Personen) durch das Befragungsinstitut YouGov telefonisch zur Grippe und erstmals auch zu Covid-19 befragt. Die Umfrage fokussierte dabei auf vier Zielgruppen, für welche die Grippeimpfung bzw. die Covid-19-Impfung empfohlen wird. Sowohl die Grippeimpfung als auch die Covid-19-Impfung wird für Personen über 65 Jahre und Personen mit einer chronischen Erkrankung empfohlen. Die Grippeimpfung wird zusätzlich noch für Personen mit Tätigkeit im Gesundheitswesen und für Personen in regelmässigem Kontakt mit Risikogruppen empfohlen. Weitere Zielgruppen der Grippeimpfung (schwängere Frauen, Frühgeborene) bzw. der Covid-19-Impfung (schwängere Frauen, Personen mit Trisomie-21) wurden in dieser Umfrage nicht berücksichtigt.

Bei den über 65-Jährigen hatten sich 37 % (Vorjahr: 39 %) vor der Grippesaison 2023/2024 gegen Influenza impfen lassen, 23 % hatten sich seit Oktober 2023 gegen Covid-19 impfen lassen. Bei Personen mit chronischen Krankheiten lag der Anteil der gegen Grippe Geimpften bei 29 % (Vorjahr: 30 %) und der Anteil der gegen Covid-19 Geimpften bei 20 %. Bei Personen mit Tätigkeit im Gesundheitswesen hatten sich 24 % (Vorjahr: 25 %) Anfang Saison gegen die Grippe impfen lassen. Der Anteil gegen Grippe geimpfter Personen mit Kontakt zu Risikogruppen lag bei 17 % (Vorjahr: 19 %).

4.2. Zusammensetzung der Grippeimpfstoffe für die kommende Saison

Aufgrund der nicht-pharmazeutischen Massnahmen gegen die Covid-19-Pandemie kann mittlerweile davon ausgegangen werden, dass alle Grippevirenstämme der B/Yamagata-Linie eliminiert wurden. Seit März 2020 gab es weltweit keine von Influenza-Referenzlaboratorien bestätigten Nachweise von natürlich vorkommenden Influenzaviren der B/Yamagata-Linie mehr. Daher empfahl die Weltgesundheitsorganisation (WHO) den Impfstoffproduzenten seit Februar 2023, sobald wie möglich von quadrivalenten wieder auf trivalente Grippeimpfstoffe umzustellen. Die Tabelle 7 zeigt die Empfehlungen der WHO zur Zusammensetzung der Grippeimpfstoffe 2023/2024 und 2024/2025 für die nördliche Hemisphäre.

4.3. Impfstoffversorgung in der Schweiz

4.3.1. Influenza

Im Herbst und Anfang Winter 2023 wurden gemäss Herstellerangaben insgesamt rund 1,22 Millionen Impfdosen gegen die saisonale Grippe vertrieben. Lieferengpässe oder -verzögerungen traten in der letzten Saison keine auf. Die oben erwähnte Umstellung von quadrivalenten auf trivalente Grippeimpfstoffe erfordert aus produktionstechnischen und regulatorischen (Zulassungs-)Gründen ein bis drei Jahre Zeit, weshalb in vielen Ländern, darunter die Schweiz, trivalente Grippeimpfstoffe frühestens ab Herbst 2025 zur Verfügung stehen werden. Für die Saison 2024/2025 werden die saisonalen Grippeimpfstoffe daher noch quadrivalent sein. Diese sind in der aktuellen Situation gleichwertig wie die trivalenten Impfstoffe. Gemäss Angaben der Grippeimpfstoffhersteller wird in der Schweiz wiederum eine ähnlich grosse Anzahl an Grippeimpfstoffdosen für den Herbst/Winter 2024/2025 zur Verfügung stehen.

4.3.2. Covid-19

Während der Pandemie wurde die Versorgung mit Covid-19-Impfstoffen aufgrund der subsidiären Verantwortung gemäss Epidemienetzgesetz mittels zentralen Einkaufs und Vertriebs durch Bund und Kantone sichergestellt. Am 1. Juli 2024 erfolgte der Übergang in die Regelstrukturen für Impfungen. Die Zulassungsinhaberinnen Moderna und Pfizer vertreiben seitdem mRNA-Impfstoffe, die an die XBB.1.5-Variante des SARS-CoV-2-Virus angepasst sind. Es wird erwartet, dass im Herbst 2024 mRNA-Impfstoff, der an die JN.1-Variante des SARS-CoV-2 angepasst ist, sowie mRNA-Impfstoff für die Altersgruppe ab fünf Jahren verfügbar sein werden.

4.4. BAG-Impfempfehlungen zu respiratorischen Erregern der nächsten Saison

Die Tabelle 8 gibt eine kurze Übersicht über die empfohlenen Impfungen und monoklonale Antikörper (mAb) gegen respiratorische Viren in der Saison 2024/2025.

4.5. In der Schweiz verfügbare Impfstoffe für die nächste Saison

Die Tabelle 9 zeigt die in der Schweiz für den Herbst 2024 zugelassenen Impfstoffe und monoklonalen Antikörper gegen Grippe, Covid-19 und RSV-Erkrankungen.

Tabelle 8

Übersicht über die Empfehlungen zu Impfungen und mAb gegen Grippe, Covid-19 und RSV

Erreger	Produkt	Impfempfehlungen und Zielgruppen	Zeitperiode für Impfung / mAb	Bemerkungen
Influenza	Impfung [4]	<ul style="list-style-type: none"> • alle Personen ab 65 Jahren • in der Schwangerschaft und im Wochenbett (bis 4 Wochen nach Geburt) • Frühgeborene ab 6 Monaten • Personen ab 6 Monaten mit bestimmten chronischen Erkrankungen • Personen in Heimen • deren enge Kontaktpersonen • bei regelmässigem Kontakt zu Geflügel oder Wildvögeln 	von Mitte Oktober bis zum Beginn der Grippewelle	Grippeimpfungen, Covid-19-Impfungen und die Impfung gegen RSV können in beliebigem Zeitabstand nacheinander oder gleichzeitig miteinander erfolgen.
SARS-CoV-2 (Covid-19)	Impfung [5]	<ul style="list-style-type: none"> • alle Personen ab 65 Jahren • Personen ab 16 Jahren mit bestimmten Vorerkrankungen • Personen ab 16 Jahren mit Trisomie 21 • schwangere Frauen • Personen ab 6 Monaten mit schwerer Immundefizienz 	Herbst/Winter, idealerweise zwischen Mitte Oktober und Dezember	
RSV	Impfung	Der Impfstoff Arexvy® ist zugelassen für Personen ab 60 Jahren. Er wird zurzeit nicht durch die OKP vergütet. Impfempfehlungen werden zu gegebenem Zeitpunkt publiziert.	Mitte Oktober bis Mitte November	
RSV	Nirsevimab (mAb) [6]	<ul style="list-style-type: none"> • alle Neugeborenen mit Geburt zwischen Oktober und März • alle Säuglinge geboren zwischen April und September 	<ul style="list-style-type: none"> • in der ersten Lebenswoche oder sobald wie möglich danach • Oktober 	Vergütung: Siehe Tabelle 9

Tabelle 9
Zugelassene Impfstoffe / monoklonale Antikörper Schweiz (Stand: Juli 2024)

Erreger	Produkt	Impfstofftyp	Zulassung (Alter)	Kostenübernahme
Influenza (Grippe)	Efluelda®	Splitvakzine, Hochdosis-Impfstoff	65 Jahre	für alle 75+ sowie ab 65+, falls ≥1 weiterer Risikofaktor gemäss Grippeimpfempfehlung besteht
	Fluarix Tetra®	Splitvakzine, Standarddosis	36 Monate	gemäss Grippeimpfempfehlung
	Flucelvax Tetra®	Splitvakzine, Standarddosis	9 Jahre	
	Influvac Tetra®	Splitvakzine, Standarddosis	6 Monate	
	Vaxigrip Tetra®	Splitvakzine, Standarddosis	6 Monate	
SARS-CoV-2	Comirnaty® Omicron XBB.1.5	mRNA-Impfstoff, monovalent	ab 12 Jahren	ab 16 Jahren, gemäss Impfempfehlung
	Spikevax® XBB.1.5	mRNA-Impfstoff, monovalent	ab 18 Jahren	ab 18 Jahren, gemäss Impfempfehlung
RSV	Arexvy®	Protein-basierter rekombinanter und adjuvantierter RSV-Impfstoff	60+	in Abklärung
	Beyfortus® (Nirsevimab)	monoklonaler Antikörper gegen RSV	ab Geburt bis 24 Monate	wird gemäss den Empfehlungen vergütet*

* dies beinhaltet auch die Verabreichung ambulant, also in Praxen, sowie die Verabreichung stationär, das heisst in Geburtskliniken oder im Spital.

Datenstand

Der Datenstand dieses Berichts ist der 31. Juli 2024.

Kontakt

Bundesamt für Gesundheit
 Direktionsbereich Prävention und Gesundheitsversorgung
 Abteilung Übertragbare Krankheiten
 Telefon 058 463 87 06

Literaturverzeichnis

- 1 World Health Organization Regional Office for Europe. European Respiratory Virus Surveillance Summary, 2024. (<https://erviss.org/>).
- 2 WHO. Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2023-2024 northern hemisphere influenza season, 2023. (<https://www.who.int/publications/m/item/recommended-composition-of-influenza-virus-vaccines-for-use-in-the-2023-2024-northern-hemisphere-influenza-season>).
- 3 WHO. Recommendations announced for influenza vaccine composition for the 2024-2025 northern hemisphere influenza season, 2024. (<https://www.who.int/news/item/23-02-2024-recommendations-announced-for-influenza-vaccine-composition-for-the-2024-2025-northern-hemisphere-influenza-season>).
- 4 Bundesamt für Gesundheit. Saisonale Grippe (Influenza). Vorbeugung: Empfehlungen zur Grippeimpfung, 2024. (<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/grippe.html#-2084790127>).
- 5 Bundesamt für Gesundheit. Empfehlung für die Covid-19-Impfung, 2024. (<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/coronavirus/covid-19/information-fuer-die-aerzteschaft.html#-1708249104>).
- 6 Bundesamt für Gesundheit. Respiratorisches-Synzytial-Virus (RSV), 2024. (<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/rsv.html#1357561973>).