



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Ausgabe vom 22. Dezember 2025

BAG-Bulletin 52/2025

Woche

Informationsmagazin für medizinische Fachpersonen und Medienschaffende

Ab 2026 werden
die BAG-Bulletin Print-
ausgaben eingestellt.
Das BAG-Bulletin wird nur noch
elektronisch erscheinen.
Melden Sie sich unter
www.abo.news.admin.ch,
um keine Ausgabe
zu verpassen.

**www.anresis.ch: Meldungen ausgewählter
multiresistenter Mikroorganismen in der Schweiz, S.10**

**Hepatitis E in der Schweiz und dem Fürstentum
Liechtenstein 2018 – 2024, S.12**

**Legionärskrankheit in der Schweiz und im Fürstentum
Liechtenstein im Jahr 2024, S.22**

Impressum

HERAUSGEBER

Bundesamt für Gesundheit
CH-3003 Bern (Schweiz)
www.bag.admin.ch

REDAKTION

Bundesamt für Gesundheit
CH-3003 Bern
Telefon 058 463 87 79
drucksachen-bulletin@bag.admin.ch

LAYOUT UND DRUCK

Cavelti AG
Wilerstrasse 73
CH-9201 Gossau
Telefon 071 388 81 81

ABONNEMENTE, ADRESSÄNDERUNGEN

BBL, Vertrieb Bundespublikationen
CH-3003 Bern
Telefon 058 465 50 00
Fax 058 465 50 58
verkauf.abo@bbl.admin.ch

ISSN 1420-4266

DISCLAIMER

Das BAG-Bulletin ist eine amtliche Fachzeitschrift, die wöchentlich in französischer und deutscher Sprache erscheint.
Sie richtet sich an Medizinfachpersonen, Medienschaffende, aber auch Interessierte.
Die Publikation informiert aus erster Hand über die aktuellsten Gesundheitszahlen und relevante Informationen des BAG.

Abonnieren Sie das Bulletin auch elektronisch unter:
www.bag.admin.ch/bag-bulletin

Inhalt

In eigener Sache: Das BAG-Bulletin verändert seine Form	5
Meldungen Infektionskrankheiten	6
Sentinella-Statistik	9
Wöchentliche Übersicht zu respiratorischen Viren	9
www.anresis.ch: Meldungen ausgewählter multiresistenter Mikroorganismen in der Schweiz	10
Hepatitis E in der Schweiz und dem Fürstentum Liechtenstein 2018 – 2024	12
Legionärskrankheit in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein im Jahr 2024	22
Rezeptsperrung	31

GEMEINSAM GEGEN ANTIBIOTIKARESISTENZEN

**Informieren Sie Ihre Patientinnen und Patienten
zum sachgemäßen Antibiotikaeinsatz.**

Mit dem Informationsblatt können Sie Ihre Patientinnen und Patienten dabei unterstützen, die Problematik der Antibiotikaresistenzen zu verstehen und Antibiotika korrekt anzuwenden. Die Haftnotiz ermöglicht es Ihnen, bei der Abgabe von Antibiotika die wichtigsten Handlungsanweisungen einfach und übersichtlich mitzugeben.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG



Jetzt kostenloses Informationsmaterial und weitere Hilfsmittel bestellen oder herunterladen auf:

star.admin.ch

In eigener Sache: Das BAG-Bulletin verändert seine Form

Die Sparvorgaben von Bundesrat und Parlament führen BAG zu Kürzungen.
Diese betreffen bedauerlicherweise auch das BAG-Bulletin. Ab 2026 werden die
BAG-Bulletin Printausgaben eingestellt.

Während vieler Jahre hat das BAG-Bulletin in der gedruckten Ausgabe als amtliche Fachzeitschrift des Bundesamtes für Gesundheit BAG über die aktuellen Meldungen – wie zum Beispiel jene der Infektionskrankheiten, die wöchentliche Sentinel-Statistik und verschiedenste wissenschaftliche Fachbeiträge – informiert.

Die Sparvorgaben von Bundesrat und Parlament führen im BAG zu Kürzungen (Medienmitteilung vom 26. Februar 2025). Diese betreffen bedauerlicherweise auch das BAG-Bulletin. Wir möchten Sie daher darüber informieren, dass die gedruckte Version des BAG-Bulletins per Ende 2025 eingestellt wird.

Sie finden alle aktuellen und wichtigen Informationen, Fachbeiträge sowie ein umfangreiches Archiv der früheren Bulletin-Ausgaben aber weiterhin online auf www.bag.admin.ch/bag-bulletin. Zudem können Sie sich für den Newsletter des Bundes anmelden unter www.abo.news.admin.ch. Damit erhalten sie alle Informationen zu den neuen Meldungen, Fachbeiträgen und weiteren Publikationen auf der Website des BAG-Bulletins.

Wir bedanken uns bei Ihnen für Ihre Treue und das Interesse an den BAG-Bulletin-Themen.

Kontakt:

Sektion Gesundheitsinformation und Kampagnen
kampagnen@bag.admin.ch

Meldungen Infektionskrankheiten

Stand am Ende der 50. Woche (15.12.2025)^a

- ^a Arzt- oder Labormeldungen laut Meldeverordnung. Ausgeschlossen sind Fälle von Personen mit Wohnsitz ausserhalb der Schweiz bzw. des Fürstentums Liechtenstein. Zahlen provisorisch nach Eingangsdatum. Bei den in grauer Schrift angegebenen Daten handelt es sich um annualisierte Angaben: Fälle pro Jahr und 100'000 Personen der Wohnbevölkerung (gemäss Statistischem Jahrbuch der Schweiz). Die annualisierte Inzidenz erlaubt einen Vergleich unterschiedlicher Zeiträume.
- ^b Ausgeschlossen sind materno-fötale Röteln.
- ^c Bei schwangeren Frauen und Neugeborenen
- ^d Primäre, sekundäre bzw. fröhlatente Syphilis.
- ^e Eingeschlossen sind Fälle von Haut- und Rachendiphtherie.

Infektionskrankheiten

Stand am Ende der 50. Woche (15.12.2025)^a

	Woche 50			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2025	2024	2023	2025	2024	2023	2025	2024	2023	2025	2024	2023
Respiratorische Übertragung												
Haemophilus influenzae: invasive Erkrankung	3 1.7	3 1.7	3 1.7	8 1.1	9 1.3	12 1.7	142 1.6	172 1.9	135 1.5	137 1.6	161 1.8	125 1.4
Influenzavirus- Infektion, saisonale Typen und Subtypen												
https://idd.bag.admin.ch												
Legionellose	11 6.3	10 5.7	7 4	37 5.3	47 6.7	32 4.6	580 6.4	593 6.5	641 7.1	572 6.5	569 6.5	617 7.1
Masern					2 0.3	2 0.3	54 0.6	96 1.1	42 0.5	53 0.6	96 1.1	42 0.5
Meningokokken: invasive Erkrankung	1 0.6		2 0.3	3 0.4	2 0.3	37 0.4	34 0.4	36 0.4	37 0.4	34 0.4	34 0.4	34 0.4
Pneumokokken: invasive Erkrankung	27 15.4	27 15.4	28 16.2	91 13	87 12.4	118 17	1079 11.9	1068 11.8	937 10.4	1027 11.8	1016 11.6	870 10
Röteln^b												
Röteln, materno-foetal^c												
Tuberkulose	2 1.1	10 5.7		27 3.9	37 5.3	33 4.8	523 5.8	421 4.6	411 4.6	508 5.8	404 4.6	400 4.6
Faeco-orale Übertragung												
Campylobacteriose												
https://idd.bag.admin.ch												
Enterohämorrhagische E. coli-Infektion												
https://idd.bag.admin.ch												
Hepatitis A												
https://idd.bag.admin.ch												
Hepatitis E												
https://idd.bag.admin.ch												
Listeriose	2 1.1	2 1.1	1 0.6	3 0.4	6 0.9	12 1.7	51 0.6	47 0.5	74 0.8	47 0.5	46 0.5	73 0.8
Salmonellose, S. typhi/paratyphi					5 0.7		23 0.2	42 0.5	19 0.2	23 0.3	41 0.5	18 0.2
Salmonellose, übrige					https://idd.bag.admin.ch							
Shigellose					https://idd.bag.admin.ch							

	Woche 50			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2025	2024	2023	2025	2024	2023	2025	2024	2023	2025	2024	2023
Durch Blut oder sexuell übertragen												
Aids							https://idd.bag.admin.ch					
Chlamydirose							https://idd.bag.admin.ch					
Gonorrhoe							https://idd.bag.admin.ch					
Hepatitis B, akut							https://idd.bag.admin.ch					
Hepatitis B, total Meldungen							https://idd.bag.admin.ch					
Hepatitis C, akut							https://idd.bag.admin.ch					
Hepatitis C, total Meldungen							https://idd.bag.admin.ch					
HIV-Infektion							https://idd.bag.admin.ch					
Syphilis, Frühstadien ^d							https://idd.bag.admin.ch					
Syphilis, total							https://idd.bag.admin.ch					
Zoonosen und andere durch Vektoren übertragbare Krankheiten												
Brucellose				1 0.1		7 0.08	5 0.05	8 0.09	7 0.08	5 0.06	7 0.08	
Chikungunya-Fieber	1 0.6		4 2.3	13 1.9		7 1	89 1	23 0.2	30 0.3	89 1	22 0.2	30 0.4
Dengue-Fieber		1 0.6	18 10.4	1 0.1	9 1.3	46 6.6	180 2	458 5	284 3.2	170 1.9	438 5	281 3.2
Gelbfieber												
Hantavirus-Infektion						2 0.02			2 0.02			
Malaria	3 1.7	6 3.4	4 2.3	14 2	21 3	21 3	274 3	304 3.3	347 3.8	262 3	296 3.4	339 3.9
Q-Fieber		1 0.6		4 2.3	10 1.4	2 0.3	9 1.3	164 1.8	140 1.5	131 1.5	156 1.8	138 1.6
Trichinellose									1 0.01			1 0.01
Tularämie						https://idd.bag.admin.ch						
West-Nil-Fieber							1 0.01	1 0.01		1 0.01		1 0.01
Zeckenenzephalitis						https://idd.bag.admin.ch						
Zika-Virus-Infektion							2 0.02	10 0.1	4 0.04	2 0.02	10 0.1	4 0.05
Andere Meldungen												
Mpox	2 1.1	1 0.6	1 0.6	4 0.6	1 0.1	2 0.3	66 0.7	33 0.4	13 0.1	65 0.7	33 0.4	13 0.2
Botulismus									1 0.01			1 0.01
Creutzfeldt-Jakob- Krankheit	1 0.6				1 0.1	1 0.1	1 0.1	24 0.3	16 0.2	29 0.3	24 0.3	16 0.2
Diphtherie ^e		1 0.6		3 0.4		1 0.1	21 0.2	5 0.05	32 0.4	21 0.2	5 0.06	28 0.3
Tetanus												



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann EBG

**SEINE
GRENZEN
ZÄHLEN.
DEINE NICHT.**

AUCH SO BEGINNT GEWALT.



ohne-gewalt.ch

HOL DIR RAT UND HILFE.



Sentinella-Statistik

Provisorische Daten

Sentinella:

Anzahl Meldungen (N) der letzten 4 Wochen bis am 14.12.2025 und Inzidenz pro 1000 Konsultationen (N/10³)
Freiwillige Erhebung bei Hausärztinnen und Hausärzten (Allgemeinpraktiker, Internisten und Pädiater)

Woche	47		48		49		50		Mittel 4 Wochen	
	N	N/10 ³	N	N/10 ³						
Mumps	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pertussis	0	0	1	0.1	0	0	1	0.1	0.5	0.1
Zeckenstiche	0	0	0	0	2	0.2	0	0	0.5	0.1
Herpes Zoster	4	0.3	7	0.6	5	0.4	8	0.7	6	0.5
Post-Zoster-Neuralgie	0	0	0	0	2	0.2	1	0.1	0.8	0.1
Meldende Ärzte	174		173		170		148		166.3	

Lyme Borreliose: <https://idd.bag.admin.ch>

Wöchentliche Übersicht zu respiratorischen Viren

Das BAG-Infoportal übertragbare Krankheiten informiert regelmässig über Infektions- und Erkrankungsfälle in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein, die durch verschiedene respiratorische Erreger ausgelöst werden.

<https://idd.bag.admin.ch/>

Die Aktualisierung der Daten erfolgt jeweils am Mittwoch um 12.00 Uhr.



[www.anresis.ch:](http://www.anresis.ch)

Meldungen ausgewählter multiresistenter Mikroorganismen in der Schweiz

FQR-E. coli Fluoroquinolon-resistente *Escherichia coli*, definiert als *E. coli*, die gegen Norfloxacin und/oder Ciprofloxacin resistent sind.

ESCR-E. coli Extended-spectrum Cephalosporin-resistente *Escherichia coli*, definiert als *E. coli*, die gegen mindestens eines der getesteten 3.- oder 4.-Generation-Cephalosporine resistent sind. 85 bis 100 % dieser ESCR-E. coli sind in Europa ESBL (Extended-spectrum-β-Laktamase)-Produzenten.

ESCR-KP Extended-spectrum Cephalosporin-resistente *Klebsiella pneumoniae*, definiert als *K. pneumoniae*, die gegen mindestens eines der getesteten 3.- oder 4.-Generation-Cephalosporine resistent sind. In Europa sind 85 bis 100 % dieser ESCR-KP ESBL-Produzenten.

MRSA Methicillin-resistente *Staphylococcus aurei*, definiert als alle *S. aurei*, die gegen mindestens eines der Antibiotika Cefoxitin, Flucloxacillin, Methicillin, Oxacillin resistent sind.

PNSP Penicillin-resistente *Streptococci pneumoniae*, definiert als alle *S. pneumoniae*, die gegen das Antibiotikum Penicillin resistent sind.

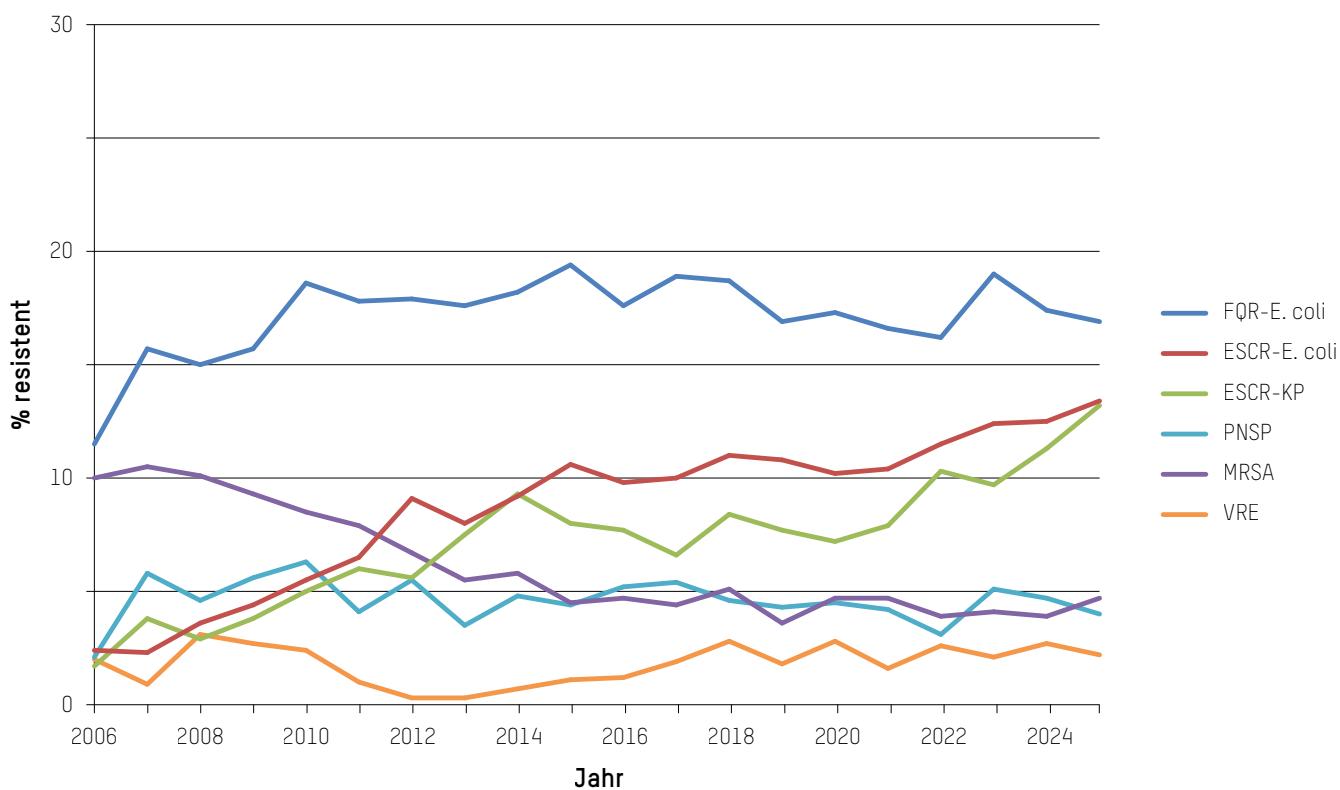
VRE Vancomycin-resistente *Enterococcus faecium*, definiert als alle *E. faecium*, die gegen das Antibiotikum Vancomycin resistent sind.

Anresis:

Stand Abfrage von www.anresis.ch vom 15.12.2025

Anteil multiresistenter Mikroorganismen (%) in invasiven Isolaten (n) 2006–2025

Um die Daten gemäss den neuen europäischen Richtlinien (EUCAST) darzustellen, wurden ab November 2024 einige Anpassungen* implementiert. Alle Resistenzraten wurden rückwirkend angepasst und sind daher nicht mit bisherigen Darstellungen im BAG Bulletin vergleichbar.



* Implementierte Anpassungen:

- Isolate, die früher als intermediately resistent («i») interpretiert wurden, gelten neu als empfindlich bei erhöhter Exposition («i» für «susceptible, increased exposure»). Sie werden damit zu den empfindlichen Isolaten gezählt. In früheren Darstellungen wurden sie zusammen mit den resistenten Keimen («r») als «non-susceptible» abgebildet.
- Vancomycin-resistente *E. faecium* werden separat berichtet; frühere Darstellungen umfassten auch *E. faecalis*.
- Für einige Antibiotika gelten je nach Infektionstyp (z. B. Harnwegsinfekt, Lungenentzündung) oder Applikationsweg (oral, intravenös) unterschiedliche Grenzwerte für die Resistenzdefinition. Neu wird bei einem Isolat mit mehreren Resistenztests pro Antibiotikum jeweils der resistenterste Wert ausgewiesen.

Jahr	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	
FQR- E. coli	%	11.5	15.7	15.0	15.7	18.6	17.8	17.9	17.6	18.2	19.4	17.6	18.9	18.7	16.9	17.3	16.6	16.2	19.0	17.4	16.9
n	2151	2343	2762	2983	3196	3315	3336	3718	4489	5072	5196	5595	6098	6360	6168	6229	6524	6584	6552	4865	
ESCR- E. coli	%	2.4	2.3	3.6	4.4	5.5	6.5	9.1	8.0	9.2	10.6	9.8	10.0	11.0	10.8	10.2	10.4	11.5	12.4	12.5	13.4
n	2153	2341	2760	2981	3221	3354	3350	3720	4494	5068	5199	5599	6098	6367	6175	6276	6626	6718	6644	5056	
ESCR- KP	%	1.7	3.8	2.9	3.8	5.0	6.0	5.6	7.5	9.3	8.0	7.7	6.6	8.4	7.7	7.2	7.9	10.3	9.7	11.3	13.2
n	351	424	482	530	585	588	609	668	838	935	1011	1055	1162	1318	1350	1464	1591	1644	1670	1346	
PNSP	%	2.1	5.8	4.6	5.6	6.3	4.1	5.5	3.5	4.8	4.4	5.2	5.4	4.6	4.3	4.5	4.2	3.1	5.1	4.7	4.0
n	534	671	674	658	510	583	493	542	505	635	640	764	763	772	493	468	806	929	993	751	
MRSA	%	10.0	10.5	10.1	9.3	8.5	7.9	6.7	5.5	5.8	4.5	4.7	4.4	5.1	3.6	4.7	4.7	3.9	4.1	3.9	4.7
n	1057	1113	1203	1288	1271	1330	1263	1336	1640	1790	1838	2051	2029	2305	2299	2416	2485	2546	2543	1899	
VRE	%	2.0	0.9	3.1	2.7	2.4	1.0	0.3	0.3	0.7	1.1	1.2	1.9	2.8	1.8	2.8	1.6	2.6	2.1	2.7	2.2
n	102	108	194	186	250	298	343	373	451	565	517	533	537	500	608	702	734	677	561	500	

Erläuterung

In der Grafik und der Tabelle werden alle zum Zeitpunkt der Abfrage in der Datenbank enthaltenen invasiven Isolate (Blutkulturen und Liquor) berücksichtigt, die gegen die aufgelisteten Substanzen getestet worden sind. Die Resultate aus den meldenden Laboratorien werden in die Datenbank von anresis.ch übernommen und ausgewertet. Die Festlegung der Resistenz der einzelnen Isolate durch die Laboratorien wird von anresis.ch nicht weiter validiert.

Seit 2009 ist die Menge der gelieferten Daten relativ konstant; durch Lieferverzögerungen oder wechselnde Zusammensetzungen der Laboratorien sind jedoch leichte Verzerrungen, vor allem bei aktuelleren Daten, möglich. Die absoluten Zahlen dürfen aufgrund dieser Verzerrungen nur mit Vorsicht interpretiert werden; eine Hochrechnung auf die ganze Schweiz aufgrund dieser Daten ist nicht möglich. Bei Dubletten (gleicher Keim bei gleichem Patienten im gleichen Kalenderjahr) wurde nur das Erstisolat berücksichtigt. Screeninguntersuchungen und Bestätigungsresultate aus Referenzlaboratorien wurden ausgeschlossen. Die Resistenzdaten dienen der epidemiologischen Überwachung von spezifischen Resistzenzen, sind aber zu wenig differenziert, um als Therapieempfehlung verwendet werden zu können.

Kontakt

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

Weitere Informationen

Weitere Resistenzdaten der wichtigsten Mikroorganismen sind unter www.anresis.ch und guide.anresis.ch online verfügbar.

Hepatitis E in der Schweiz und dem Fürstentum Liechtenstein 2018 – 2024

Hepatitis E ist eine durch Hepatitis-E-Viren (HEV) verursachte Leberentzündung. In der Schweiz sind überwiegend Männer mittleren Alters betroffen. Häufig verläuft eine Infektion asymptomatisch. Seit der Einführung der Meldepflicht für Hepatitis-E-Viren im Jahr 2018 werden alle PCR-positiven Befunde systematisch erfasst. Diese Überwachung wird durch die Testung von Blutspenderinnen und Blutspendern ergänzt, die seit 2018 ebenfalls obligatorisch zur Gewährleistung der Transfusionssicherheit durchgeführt wird. Die Daten zeigen stabile Fallzahlen mit einem vorübergehenden Anstieg während eines Ausbruchs im Jahr 2021. Molekulargenetische Analysen von Lebensmitteln wiesen auf einen lokal zirkulierenden HEV-Subtyp hin, der auf eine Übertragung über Schweineprodukte schliessen lässt. Daher wird insbesondere gefährdeten Personengruppen der Konsum von rohen oder ungenügend erhitzten Schweine- und Wildschweinprodukten nicht empfohlen.

1. EINFÜHRUNG HEPATITIS E

Hepatitis E ist eine akute Erkrankung, die durch Fieber, Gelenk- und Bauchschmerzen, Appetitlosigkeit und Übelkeit gekennzeichnet ist. Seltener kann auch eine Gelbsucht (Ikterus) auftreten. Hepatitis E wird durch das Hepatitis-E-Virus (HEV) verursacht. Es ist eine der Hauptursachen für eine akute viral bedingte Leberentzündung, eine sogenannte Virushepatitis. Viele Infektionen verlaufen jedoch asymptomatisch. In wenigen Fällen kommt es zu schweren Verläufen mit bleibender Schädigung der Leber (Leberzirrhose) oder neurologischen Komplikationen. Das HEV ist weltweit verbreitet, die Häufigkeit und Krankheitsbilder unterscheiden sich jedoch je nach Region und Genotyp. Es sind zurzeit mindestens acht Genotypen bekannt, wobei typischerweise vier Genotypen beim Menschen Infektionen auslösen. In den Industrieländern ist meistens der Genotyp 3 und selten auch der Genotyp 4 für lokal übertragene, sporadische Infektionen verantwortlich, wobei die Übertragung über die Lebensmittelkette erfolgt. Es handelt sich in Industrieländern somit meist um eine Zoonose. Selten sind Infektionen auf Transfusionen oder Transplantationen zurückzuführen. Dies im Gegensatz zu den HEV-Genotypen 1 und 2, welche vorwiegend in Teilen Asiens, Afrikas und Mittelamerikas vorkommen. Diese Genotypen werden fäko-oral, d. h. durch die direkte oder indirekte Einnahme von virenhaltigen Fäkalien übertragen. In diesen Regionen kann es zu Ausbrüchen kommen, die oft durch mit Fäkalien verunreinigtes Trinkwasser verursacht werden. Die mittlere Inkuba-

tionszeit von Hepatitis E beträgt 40 Tage (Median). Die Dauer der Kontagiosität ist nicht abschliessend geklärt. Das Virus kann im Stuhl etwa eine Woche vor bis vier Wochen nach Beginn des Ikterus nachgewiesen werden.

2. MELDEPFLICHT

Die Meldepflicht für HEV wurde per 1. Januar 2018 eingeführt. Alle Befunde zu HEV, die auf einem Nachweis von Virus-RNA mittels PCR basieren, müssen von den Laboratorien und behandelnden Ärztinnen und Ärzten mittels Labormeldung bzw. Meldung zum klinischen Befund an die Gesundheitsbehörden übermittelt werden. Auslöser für die Einführung der Meldepflicht waren Hinweise auf eine Zunahme von endemischen HEV-Fällen in Europa. Zwischen 2005 und 2015 wurde ein zehnfacher Anstieg der HEV-Fälle verzeichnet, wobei in 22 EU-/EWR-Ländern über 21 000 Fälle gemeldet wurden [1]. Zuvor galt HEV in Industrieländern ausschliesslich als reise-assoziierte Krankheit. Auch in der Schweiz gab es vor Einführung der Meldepflicht Hinweise für eine Zunahme: Zwischen 2011 und 2015 nahm gemäss «Medizinischer Statistik der Krankenhäuser» – herausgegeben vom Bundesamt für Statistik – die Zahl der Hospitalisierungen wegen akuten HEV-Infektionen zu: von jährlich 11 auf 25 Fälle. Allein im Kanton Tessin wurden zwischen 2013 und 2016 rund 100 Fälle registriert. Eine Studie von 2016 schätzt im Rahmen einer statistischen Modellrechnung, dass jährlich etwa 1500 HEV-Infektionen in der Schweiz auftreten [2].

Der Blutspendedienst prüft seit dem 1. Oktober 2018 jede Blutspende auf das Hepatitis-E-Virus und meldet ebenfalls positive Befunde an das BAG. Grund dafür ist, dass asymptomatische HEV-Infektionen ein Problem für die Sicherheit von Bluttransfusionen darstellen können, da das Risiko für eine durch Transfusion übertragene HEV-Infektion besteht. Personen, die eine Transfusion erhalten, sind einem besonders hohen Risiko ausgesetzt, bei einer Exposition gegenüber dem Virus eine schwere Erkrankung zu entwickeln.

3. EPIDEMIOLOGIE HEPATITIS E IN DER SCHWEIZ UND IM FÜRSTENTUM LIECHTENSTEIN

Fallzahlen

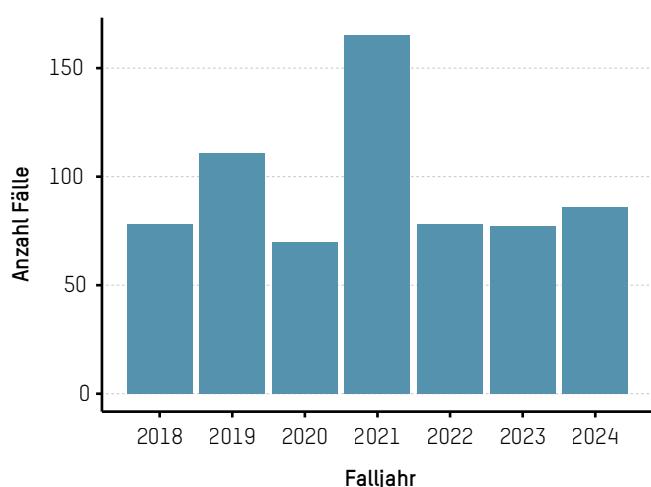
Zwischen 2018 und 2024 wurden dem BAG insgesamt 665 HEV-Fälle mit Wohnsitzland Schweiz oder Fürstentum Liechtenstein gemeldet. Die jährlichen Fallzahlen schwankten zwischen 70 (2020) und 111 (2019) Fällen (Tabelle 1 und Abbildung 1). Ein klarer Trend über die Überwachungsperiode kann nicht beobachtet werden. Ein Peak wurde hingegen im Jahr 2021 (165 Fälle) aufgrund eines Ausbruchs (siehe unten) registriert. Die Melderate pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner bewegte sich im Untersuchungszeitraum zwischen 0,8 und 1,9 (Tabelle 2). Eine Saisonalität besteht nicht.

Von den 665 gemeldeten Fällen waren 317 Blutspenderinnen und Blutspender (47,7 %), die im Rahmen des Screenings beim Blutspendedienst detektiert wurden. Jährlich wurden zwischen 24 und 68 positive HEV-Proben entdeckt. Gemäss dem Blutspendedienst SRK lag die HEV-Inzidenz (Rate an positiven Spenden in Bezug auf die geleisteten Blutspenden des entsprechenden Jahres) zwischen 16,2 und 26,1 pro

Abbildung 1

Jährliche Anzahl Hepatitis-E-Fälle in der Schweiz und dem Fürstentum Liechtenstein, 2018 bis 2024

Basierend auf Daten aus dem obligatorischen Melde- system, inklusive Fällen aus dem Blutspende-Screening



BAG, Stand: 04.12.2025

Tabelle 1

Anzahl Hepatitis-E-Fälle in der Schweiz und dem Fürstentum Liechtenstein, 2018 bis 2024

Basierend auf Daten aus dem obligatorischen Melde- system, inklusive Fällen aus dem Blutspende-Screening

Jährliche Anzahl Hepatitis-E-Fälle nach Alter, Geschlecht und Anzahl Fälle aus dem Blutspende-Screening

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total	Prozent
Total									
	78	111	70	165	78	77	86	665	100,0
Alter in Jahren									
0 – 16	0	0	0	0	1	0	0	1	0,2
17 – 24	8	5	4	11	6	1	4	39	5,9
25 – 44	18	34	25	32	8	21	25	163	24,5
45 – 64	34	47	30	71	45	40	43	310	46,6
65+	17	25	11	51	18	14	14	150	22,6
unbekannt	1	0	0	0	0	1	0	2	0,3
Geschlecht									
männlich	51	79	49	109	53	55	60	456	68,6
weiblich	27	32	21	56	25	22	26	209	31,4
Davon aus Blutspende-Screening									
	30	68	24	60	37	49	49	317	47,7

Tabelle 2

Jährliche Melderaten für Hepatitis E in der Schweiz und dem Fürstentum Liechtenstein, 2018 bis 2024

Jährliche Melderaten nach Alter und Geschlecht.

Alle Melderaten sind berechnet pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner und basieren auf Daten aus dem obligatorischen Meldesystem, inklusive Fällen aus dem Blutspende-Screening.

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Total							
	0,9	1,3	0,8	1,9	0,9	0,9	1,0
Alter							
0–16	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
17–24	1,1	0,7	0,5	1,5	0,8	0,1	0,5
25–44	0,8	1,4	1,1	1,3	0,3	0,8	1,0
45–64	1,4	1,9	1,2	2,9	1,8	1,6	1,7
65+	1,1	1,6	0,7	3,1	1,1	0,8	0,8
Geschlecht							
männlich	1,2	1,8	1,1	2,5	1,2	1,2	1,3
weiblich	0,6	0,7	0,5	1,3	0,6	0,5	0,6

100 000 Spenden (Abbildung 2). Die HEV-Inzidenz bei (häufig vermeintlich asymptomatischen) Blutspenderinnen und Blutspendern ist somit deutlich höher als die oben erwähnte Melderate in Bezug auf die Schweizer Gesamtbevölkerung. Daraus lässt sich ableiten, dass eine grosse Dunkelziffer für HEV-Infektionen besteht und nur ein kleiner Teil diagnostisch nachgewiesen wird. Eine hohe Dunkelziffer ist bei einer Erkrankung mit häufig asymptomatischem Verlauf zu erwarten. Entsprechend ist striktes Testen von gespendeten Blutprodukten zwingend.

HEV-Infektionen unterliegen derzeit keiner EU-weiten Überwachung. Einige Länder haben jedoch ein nationales Überwachungssystem etabliert; die Zahlen sind nur eingeschränkt verfügbar. In Deutschland war die Melderate im Jahr 2023 mit 5,5 Erkrankungen pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner deutlich höher als in der Schweiz und zeigt eine Zunahme über die letzten Jahre [3]. Eine ähnliche Melderate wie in der Schweiz wurde in Finnland mit 0,7 pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner im Jahr 2020 [4] aufgezeigt. In Italien und Irland sind die Melderaten tiefer. In Italien betrug sie unter 0,2 Erkrankungen pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner und war stabil über den beobachteten Zeitraum (2015–2022) [5]. In Irland konnte im Jahr 2022 eine Melderate von 0,4 Erkrankungen pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner nachgewiesen werden [6].

Verschiedene Studien legen nahe, dass die Seroprävalenz in der europäischen Bevölkerung hoch ist. Die Seroprävalenz bezeichnet den Anteil einer Population, bei dem zu einem bestimmten Zeitpunkt spezifische Antikörper im Blut nach-

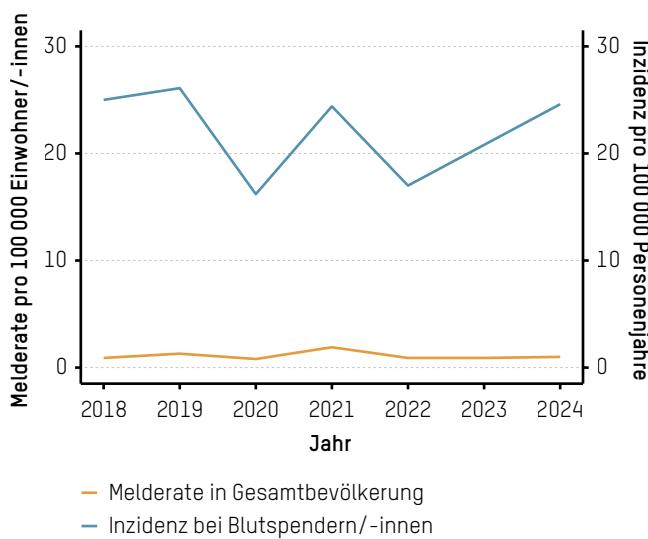
weisbar sind, die auf eine aktuelle oder bereits überstandene Infektion hindeuten. In der Allgemeinbevölkerung betrug sie 16,8 % in Deutschland (Zeitraum 2008–2011) [7] und 27 % in den Niederlanden (2004) [8]. Dies wird unterstrichen von heterogenen, aber teilweise hohen Seroprävalenzraten bei Blutspenderinnen und -spendern in Europa (5–52 %) [9]. In der Schweiz lag die Seroprävalenz von HEV-Antikörpern zwischen 2014–2016 bei 20,4 %, variierte jedoch deutlich je nach Region. Im Kanton Bern zeigte eine retrospektive Analyse über zwei Jahrzehnte einen Rückgang der HEV-IgG-Prävalenz von 30,3 % (1997/98) auf 27 % (2006) und schliesslich auf 22,3 % (2015/16) [10].

Ob der von der ECDC zwischen 2005 und 2015 und in den letzten Jahren in Deutschland verzeichnete Anstieg der Meldezahlen einer tatsächlichen Zunahme der Fallzahlen entspricht, bleibt derzeit unklar. Es könnte auch die Folge einer erhöhten Aufmerksamkeit der Ärzteschaft, häufiger Diagnostik oder des Einsatzes sensitiverer serologischer Tests sein. Daten aus Frankreich legen mit der Beobachtung einer 22-fachen Zunahme der Anzahl durchgeführter Tests zwischen 2011 und 2016 nahe, dass zumindest ein Teil der steigenden Zahlen im Rahmen eines Diagnostikwandels erklärt werden kann [11].

Abbildung 2

Jährliche Melderate von Hepatitis-E-Fällen in der Gesamtbevölkerung der Schweiz und dem Fürstentum Liechtenstein und Inzidenzraten von Hepatitis-E-Fällen bei Blutspenderinnen und -spendern in der Schweiz, 2018 bis 2024

Die Melderaten in der Gesamtbevölkerung basieren auf Daten aus dem obligatorischen Meldesystem (inklusive Fällen aus dem Blutspende-Screening). Die Inzidenzraten bei Blutspenderinnen und -spendern basieren auf Daten des Blutspendedienstes SRK, wobei die Personenjahre anhand geleisteter Blutspenden des entsprechenden Jahres berechnet wurden.

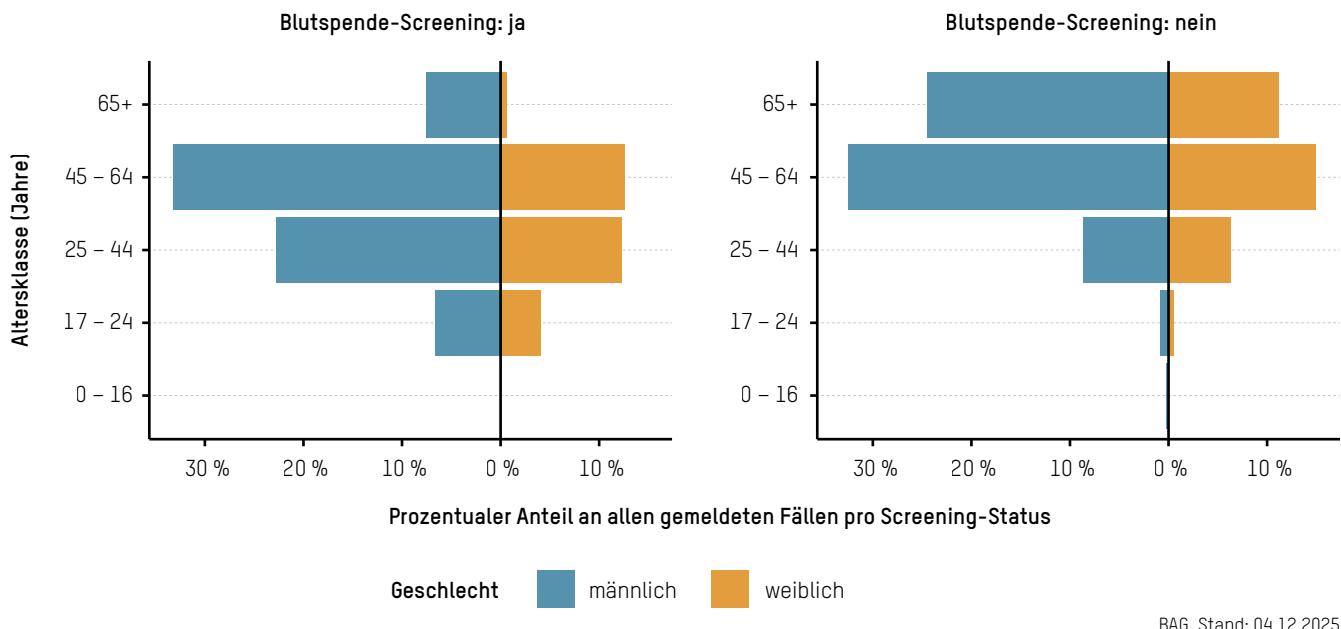


BAG, Stand: 04.12.2025 & Blutspendedienst SRK, Stand: 2025

Abbildung 3

Anteil Hepatitis-E-Fälle nach Alter und Geschlecht pro Screening-Status (Blutspende-Screening ja/nein) in der Schweiz und dem Fürstentum Liechtenstein, 2018 bis 2024

Basierend auf Daten aus dem obligatorischen Meldesystem, inklusive Fällen aus dem Blutspende-Screening



BAG, Stand: 04.12.2025

Demografie

HEV-Infektionen wurden vor allem bei Erwachsenen mittleren Alters (Abbildung 3) nachgewiesen. Im Jahr 2024 betrug die Melderate für die Altersgruppe 45–64 Jahre 1,7 pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner, gefolgt von der Altersgruppe 25–44 Jahre mit 1,0 pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner. Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren

waren kaum betroffen (Tabelle 2). Der Altersmedian für Fälle ausserhalb des Blutspende-Screenings lag bei 60 Jahren, der für Fälle innerhalb des Blutspende-Screenings mit 47 Jahren deutlich tiefer. Es ist ungeklärt, ob diese Zahlen die tatsächliche Altersverteilung in der Schweizer Bevölkerung wider spiegeln. Möglich ist, dass sie vielmehr jene Altersgruppen zeigen, die Blut spenden und dadurch auf das Hepatitis-E-

Abbildung 4

Jährliche Melderaten der Hepatitis-E-Fälle in der Schweiz und dem Fürstentum Liechtenstein nach Kanton, 2018 bis 2024

Basierend auf Daten aus dem obligatorischen Meldesystem, inklusive Fällen aus dem Blutspende-Screening

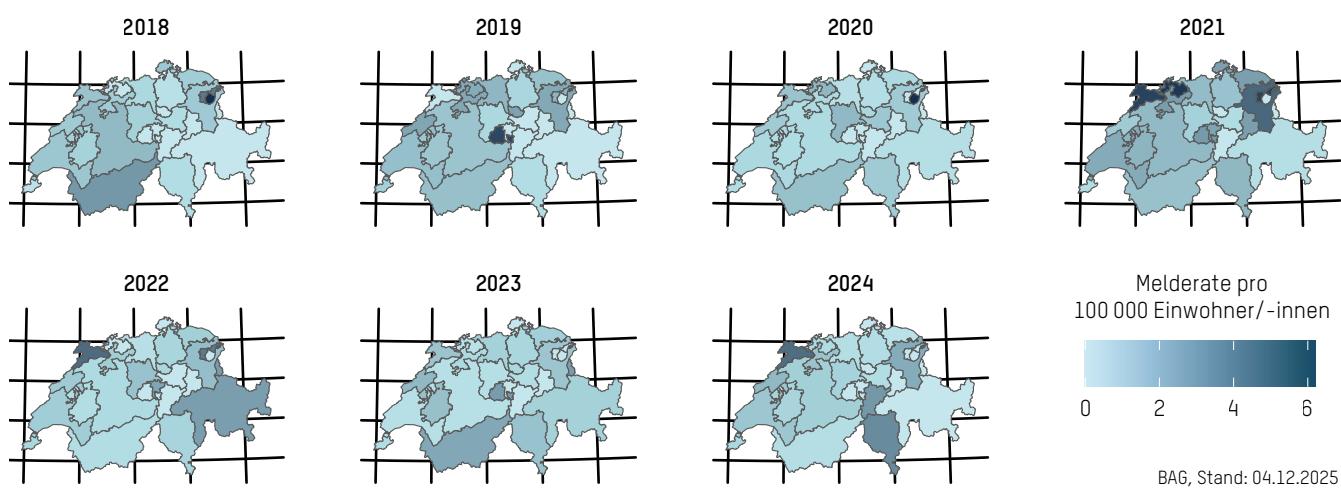


Tabelle 3

Exposition, Hospitalisation, Manifestation und Risikofaktoren von allen Hepatitis-E-Fällen in der Schweiz und dem Fürstentum Liechtenstein (inklusive Fälle aus dem Blutspende-Screening), 2018 bis 2024

Jährliche Anzahl und Anteil (in Prozent) von Hepatitis-E-Fällen nach Expositionsland, Hospitalisationstatus, Manifestation und Risikofaktoren; Angaben aus Meldung zum klinischen Befund (MkB).

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
MkB vorhanden								
	78 (100 %)	106 (95,5 %)	65 (92,9 %)	156 (94,5 %)	70 (89,7 %)	71 (92,2 %)	75 (87,2 %)	621 (93,4 %)
Expositionsland								
Schweiz	49 (62,8 %)	59 (55,7 %)	41 (63,1 %)	124 (79,5 %)	37 (52,9 %)	44 (61,1 %)	33 (44 %)	387 (62,3 %)
Ausland	20 (25,6 %)	27 (25,5 %)	14 (21,5 %)	11 (7,1 %)	20 (28,6 %)	14 (19,7 %)	32 (42,7 %)	138 (22,2 %)
unbekannt	9 (11,5 %)	20 (18,9 %)	10 (15,4 %)	21 (13,5 %)	13 (18,6 %)	13 (19,4 %)	10 (13,3 %)	96 (15,5 %)
Hospitalisation								
	19 (24,4 %)	27 (25,5 %)	15 (23,1 %)	43 (27,6 %)	19 (27,1 %)	10 (13,9 %)	9 (10,7 %)	141 (22,7 %)
Manifestation								
Fieber	9 (11,5 %)	12 (11,3 %)	5 (7,7 %)	11 (7,1 %)	4 (5,7 %)	6 (8,5 %)	4 (5,3 %)	51 (8,2 %)
Oberbauchschmerzen	12 (15,4 %)	12 (11,3 %)	9 (13,8 %)	32 (20,5 %)	10 (14,3 %)	5 (7 %)	7 (9,3 %)	87 (14 %)
Gliederschmerzen	10 (12,8 %)	5 (4,7 %)	5 (7,7 %)	20 (12,8 %)	4 (5,7 %)	6 (8,5 %)	6 (8 %)	56 (9 %)
Appetitlosigkeit	18 (23,1 %)	19 (17,9 %)	9 (13,8 %)	39 (25 %)	11 (15,7 %)	7 (9,9 %)	8 (10,7 %)	111 (17,9 %)
neurolog. Manifestation	4 (5,1 %)	5 (4,7 %)	2 (3,1 %)	6 (3,8 %)	3 (4,3 %)	6 (8,5 %)	3 (4 %)	29 (4,7 %)
Übelkeit	11 (14,1 %)	14 (13,2 %)	9 (13,8 %)	42 (26,9 %)	11 (15,7 %)	8 (11,3 %)	12 (16 %)	107 (17,2 %)
Ikterus	20 (25,6 %)	14 (13,2 %)	12 (18,5 %)	34 (21,8 %)	9 (12,9 %)	3 (4,2 %)	6 (8 %)	98 (15,8 %)
andere	20 (25,6 %)	23 (21,7 %)	16 (24,6 %)	55 (35,3 %)	11 (15,7 %)	13 (18,3 %)	12 (16 %)	150 (24,2 %)
keine Manifestation	31 (39,7 %)	58 (54,7 %)	28 (43,1 %)	55 (35,3 %)	31 (44,3 %)	41 (57,7 %)	42 (56 %)	286 (46,1 %)
unbekannt	3 (3,8 %)	5 (4,7 %)	2 (3,1 %)	3 (1,9 %)	4 (5,7 %)	3 (4,2 %)	5 (6,7 %)	25 (4 %)
Risikofaktoren								
vorbestehende Lebererkrankungen	12 (15,4 %)	5 (4,7 %)	4 (6,2 %)	12 (7,7 %)	8 (11,4 %)	6 (8,5 %)	3 (4 %)	50 (8,1 %)
Schwangerschaft	0 (0 %)	1 (0,9 %)	0 (0 %)	1 (0,6 %)	0 (0 %)	1 (1,4 %)	0 (0 %)	3 (0,5 %)
andere	18 (23,1 %)	18 (17 %)	11 (16,9 %)	30 (19,2 %)	14 (20 %)	11 (15,5 %)	13 (17,3 %)	115 (18,5 %)
keine	38 (48,7 %)	64 (60,4 %)	41 (63,1 %)	84 (53,8 %)	39 (55,7 %)	45 (63,4 %)	45 (60 %)	356 (57,3 %)
unbekannt	10 (12,8 %)	18 (17 %)	9 (13,8 %)	29 (18,6 %)	9 (12,9 %)	8 (11,3 %)	14 (18,7 %)	97 (15,6 %)

Virus getestet werden (Durchschnittsalter der Spenderinnen und Spender: 47 Jahre). Ebenfalls denkbar ist, dass sie vor allem jene Altersgruppen abbilden, die aufgrund von Risikofaktoren nach einer HEV-Infektion stärkere Symptome entwickeln, eine ärztliche Konsultation in Anspruch nehmen und deshalb getestet werden.

Bezogen auf alle gemeldeten Fälle waren Männer mit 68,6 % deutlich häufiger betroffen als Frauen (31,4 %), was sich auch in den Melderaten widerspiegelt (Tabelle 1 und 2). Bei den Fällen im Rahmen des Blutspende-Screenings waren 70,3 % männlich, bei denen ausserhalb des Blutspende-Screenings waren es 67 %. Der beobachtete Geschlechterunterschied wurde auch bereits in mehreren Studien an Blutspenderpopulationen in Europa gezeigt [12]. Die Erklärungen der Ge-

schlechterunterschiede sind mannigfaltig. Die Forschung deutet auf eine Kombination von Faktoren hin, wie zum Beispiel Essgewohnheiten (Fleischkonsum [13]), (berufliche) Exposition (Schlachthöfe, Abfallwirtschaft, Outdoortätigkeit) und biologische-hormonelle Komponenten. Gleichzeitig gibt es auch Vorerkrankungen, die bei Männern häufiger beobachtet werden (Alkoholmissbrauch, chronische Lebererkrankungen, metabolisches Syndrom), welche das Risiko für eine HEV-Infektion bezüglich Anfälligkeit und Verlauf – somit auch die Wahrscheinlichkeit einer Diagnose – erhöhen.

Regionalität

Anhand der jährlichen Melderaten nach Kanton kann keine Regionalität festgestellt werden (Abbildung 4). Die am stärksten betroffenen Kantone variieren von Jahr zu Jahr. Die in der Studie von Niederhauser et al. beschriebene Regionalität der HEV-Seroprävalenz in Schweizer Blutspenderinnen und -spendern kann somit nicht bestätigt werden. In den in dieser Studie untersuchten Jahren 1997–2016 waren v. a. der Kanton Tessin sowie Bern, Basel-Stadt und Basel-Land betroffen [10]. Es muss jedoch berücksichtigt werden, dass die kantonalen Werte in Abbildung 4 durch die Verteilung von Blutspendezentren und Häufigkeit von Blutspendeaktionen verzerrt werden können.

Klinische Manifestation

Bezogen auf die Fälle mit vorhandener Meldung zum klinischen Befund war fast die Hälfte bei Diagnose asymptomatisch (46,1%) (Tabelle 3 und Abbildung 5). Von den Fällen im Rahmen des Blutspende-Screenings waren 73,1% symptomfrei, im Gegensatz zu den Fällen, die ausserhalb des Blutspende-Screenings nachgewiesen wurden, bei denen nur 16,5% asymptomatisch waren (Tabelle 4 und 5). Bei den Fällen im Rahmen des Blutspende-Screenings wurden, wie zu erwarten, vorwiegend leichte Symptome, wie Oberbauchschmerzen, Übelkeit, Gliederschmerzen oder Appetitlosigkeit, gemeldet. Dies im Gegensatz zu den Fällen ausserhalb des Blutspende-Screenings, bei denen zu 31% von Ikterus und zu 8,2% von neurologischen Manifestationen berichtet

Tabelle 4

Exposition, Hospitalisation, Manifestation und Risikofaktoren von Hepatitis-E-Fällen (ohne Fälle aus dem Blutspende-Screening) in der Schweiz und dem Fürstentum Liechtenstein, 2018 bis 2024

Jährliche Anzahl und Anteil (in Prozent) von Hepatitis-E-Fällen, die ausserhalb des Blutspende-Screenings diagnostiziert wurden, nach Expositionsland, Hospitalisationstatus, Manifestation und Risikofaktoren; Angaben aus Meldung zum klinischen Befund (MkB).

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
MkB vorhanden								
	48 (100 %)	41 (95,3 %)	41 (89,1 %)	99 (94,3 %)	33 (80,5 %)	24 (85,7 %)	30 (81,1 %)	316 (90,8 %)
Expositionsland								
Schweiz	36 (75 %)	23 (56,1 %)	26 (63,4 %)	78 (78,8 %)	21 (63,6 %)	17 (70,8 %)	15 (50 %)	216 (68,4 %)
Ausland	9 (18,8 %)	13 (31,7 %)	7 (17,1 %)	7 (7,1 %)	5 (15,2 %)	4 (16,7 %)	13 (43,3 %)	58 (18,4 %)
unbekannt	3 (6,2 %)	5 (12,2 %)	8 (19,5 %)	14 (14,1 %)	7 (21,2 %)	3 (12,5 %)	2 (6,7 %)	42 (13,3 %)
Hospitalisation								
	19 (39,6 %)	27 (65,9 %)	15 (36,6 %)	43 (43,4 %)	19 (57,6 %)	10 (41,7 %)	8 (25,7 %)	141 (44,6 %)
Manifestation								
Fieber	7 (14,6 %)	12 (29,3 %)	5 (12,2 %)	11 (11,1 %)	3 (9,1 %)	6 (25 %)	4 (13,3 %)	48 (15,2 %)
Oberbauchschmerzen	11 (22,9 %)	10 (24,4 %)	7 (17,1 %)	30 (30,3 %)	9 (27,3 %)	4 (16,7 %)	6 (20 %)	77 (24,4 %)
Gliederschmerzen	9 (18,8 %)	5 (12,2 %)	5 (12,2 %)	17 (17,2 %)	3 (9,1 %)	5 (20,8 %)	6 (20 %)	50 (15,8 %)
Appetitlosigkeit	18 (37,5 %)	18 (43,9 %)	9 (22 %)	37 (37,4 %)	9 (27,3 %)	4 (16,7 %)	7 (23,3 %)	102 (32,3 %)
neurolog. Manifestation	4 (8,3 %)	4 (9,8 %)	2 (4,9 %)	5 (5,1 %)	3 (9,1 %)	5 (20,8 %)	3 (10 %)	26 (8,2 %)
Übelkeit	11 (22,9 %)	14 (34,1 %)	8 (19,5 %)	38 (38,4 %)	11 (33,3 %)	6 (25 %)	9 (30 %)	97 (30,7 %)
Ikterus	20 (41,7 %)	14 (34,1 %)	12 (29,3 %)	34 (34,3 %)	9 (27,3 %)	3 (12,5 %)	6 (20 %)	98 (31 %)
andere	18 (37,5 %)	19 (46,3 %)	14 (34,1 %)	46 (46,5 %)	7 (21,2 %)	9 (37,5 %)	9 (30 %)	122 (38,6 %)
keine Manifestation	7 (14,6 %)	3 (7,3 %)	9 (22 %)	14 (14,1 %)	2 (6,1 %)	7 (29,2 %)	10 (33,3 %)	52 (16,5 %)
unbekannt	2 (4,2 %)	1 (2,4 %)	1 (2,4 %)	2 (2 %)	3 (9,1 %)	1 (4,2 %)	2 (6,7 %)	13 (4,1 %)
Risikofaktoren								
vorbestehende Lebererkrankungen	11 (22,9 %)	5 (12,2 %)	4 (9,8 %)	12 (12,1 %)	6 (18,2 %)	6 (25 %)	3 (10 %)	47 (14,9 %)
Schwangerschaft	0 (0 %)	1 (2,4 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (0,3 %)
andere	18 (37,5 %)	17 (41,5 %)	11 (26,8 %)	29 (29,3 %)	11 (33,3 %)	9 (37,5 %)	13 (43,3 %)	108 (34,2 %)
keine	15 (31,2 %)	16 (39 %)	23 (56,1 %)	38 (38,4 %)	13 (39,4 %)	9 (37,5 %)	13 (43,3 %)	127 (40,2 %)
unbekannt	4 (8,3 %)	2 (4,9 %)	3 (7,3 %)	20 (20,2 %)	3 (9,1 %)	0 (0 %)	1 (3,3 %)	33 (10,4 %)

Tabelle 5

Exposition, Hospitalisation, Manifestation und Risikofaktoren von Hepatitis-E-Fällen, die im Rahmen des Blutspende-Screenings in der Schweiz und dem Fürstentum Liechtenstein diagnostiziert wurden, 2018 bis 2024

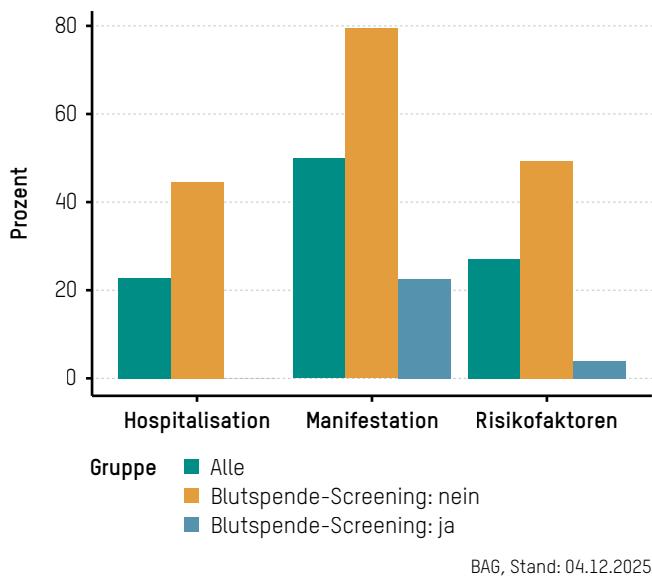
Jährliche Anzahl und Anteil (in Prozent) von Hepatitis-E-Fällen aus Blutspende-Screening nach Expositionsland, Hospitalisationstatus, Manifestation und Risikofaktoren; Angaben aus Meldung zum klinischen Befund (MkB).

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
MkB vorhanden								
	30 [100 %]	65 [95,6 %]	24 [100 %]	57 [95 %]	37 [100 %]	47 [95,9 %]	45 [91,8 %]	305 [96,2 %]
Expositionsland								
Schweiz	13 [43,3 %]	36 [55,4 %]	15 [62,5 %]	46 [80,7 %]	16 [43,2 %]	27 [57,4 %]	18 [40 %]	171 [56 %]
Ausland	11 [36,7 %]	14 [21,5 %]	7 [29,2 %]	4 [7 %]	15 [40,5 %]	10 [21,3 %]	19 [42,2 %]	80 [26,2 %]
unbekannt	6 [20 %]	15 [23,1 %]	2 [8,3 %]	7 [12,3 %]	6 [16,2 %]	10 [21,3 %]	8 [17,8 %]	54 [17,7 %]
Hospitalisation								
	0 [0 %]	0 [0 %]	0 [0 %]	0 [0 %]	0 [0 %]	0 [0 %]	0 [0 %]	0 [0 %]
Manifestation								
Fieber	2 [6,7 %]	0 [0 %]	0 [0 %]	0 [0 %]	1 [2,7 %]	0 [0 %]	0 [0 %]	3 [1 %]
Oberbauchschmerzen	1 [3,3 %]	2 [3,1 %]	2 [8,3 %]	2 [3,5 %]	1 [2,7 %]	1 [2,1 %]	1 [2,2 %]	10 [3,3 %]
Gliederschmerzen	1 [3,3 %]	0 [0 %]	0 [0 %]	3 [5,3 %]	1 [2,7 %]	1 [2,1 %]	0 [0 %]	6 [2 %]
Appetitlosigkeit	0 [0 %]	1 [1,5 %]	0 [0 %]	2 [3,5 %]	2 [5,4 %]	3 [6,4 %]	1 [2,2 %]	9 [3 %]
neurolog. Manifestation	0 [0 %]	1 [1,5 %]	0 [0 %]	1 [1,8 %]	0 [0 %]	1 [2,1 %]	0 [0 %]	3 [1 %]
Übelkeit	0 [0 %]	0 [0 %]	1 [4,2 %]	4 [7 %]	0 [0 %]	2 [4,3 %]	3 [6,7 %]	10 [3,3 %]
Ikterus	0 [0 %]	0 [0 %]	0 [0 %]	0 [0 %]	0 [0 %]	0 [0 %]	0 [0 %]	0 [0 %]
andere	2 [6,7 %]	4 [6,2 %]	2 [8,3 %]	9 [15,8 %]	4 [10,8 %]	4 [8,5 %]	3 [6,7 %]	28 [9,2 %]
keine Manifestation	24 [80 %]	55 [84,6 %]	19 [79,2 %]	41 [71,9 %]	29 [78,4 %]	34 [72,3 %]	32 [71,1 %]	223 [73,1 %]
unbekannt	1 [3,3 %]	4 [6,2 %]	1 [4,2 %]	1 [1,8 %]	1 [2,7 %]	2 [4,3 %]	3 [6,7 %]	13 [4,3 %]
Risikofaktoren								
vorbestehende Lebererkrankungen	1 [3,3 %]	0 [0 %]	0 [0 %]	0 [0 %]	2 [5,4 %]	0 [0 %]	0 [0 %]	3 [1 %]
Schwangerschaft	0 [0 %]	0 [0 %]	0 [0 %]	1 [1,8 %]	0 [0 %]	1 [2,1 %]	0 [0 %]	2 [0,7 %]
andere	0 [0 %]	1 [1,5 %]	0 [0 %]	1 [1,8 %]	3 [8,1 %]	2 [4,3 %]	0 [0 %]	7 [2,3 %]
keine	23 [76,7 %]	48 [73,8 %]	18 [75 %]	46 [80,7 %]	26 [70,3 %]	36 [76,6 %]	32 [71,1 %]	229 [75,1 %]
unbekannt	6 [20 %]	16 [24,6 %]	6 [25 %]	9 [15,8 %]	6 [16,3 %]	8 [17 %]	13 [28,9 %]	64 [21 %]

wurde. Neurologische Symptome beinhalteten unter anderem Schwindel, Parästhesien und Kopfschmerzen. Schwerere neurologische Manifestationen wurden nur in einzelnen Fällen angegeben. Dies waren bei drei Fällen eine neuralgische Amyotrophie und ein Fall mit einer Meningoenzephalitis. Während der beobachteten Periode verstarben gemäss Meldung zum klinischen Befund insgesamt zwei Personen an/mit einer HEV-Infektion. Dies entspricht einer Letalität von 0,3 %. Angaben zum Tod sind jedoch mit grosser Wahrscheinlichkeit unvollständig: Falls der Tod nach Meldung des Infekts ans BAG eintritt, wird das Amt nicht über den Tod in Kenntnis gesetzt.

Bezogen auf alle Fälle mit vorhandener Meldung zum klinischen Befund lag der Anteil hospitalisierter HEV-gemeldeter Fälle, die ausserhalb des Blutspende-Screenings nachgewiesen wurden, zwischen 2018 und 2022 zwischen 25,7 % und 65,9 % (Tabelle 4). Wie zu erwarten, war in der Untergruppe der gemeldeten Fälle aus dem Blutspende-Screening keine einzige Person hospitalisiert. Gemäss der Spitalstatistik des Bundesamts für Statistik (BFS) schwankte die Anzahl wegen/ mit Hepatitis E hospitalisierter Fälle von 2018 bis 2023 zwischen 40 und 97 pro Jahr und zeigte keinen Trend. Die unterschiedlichen Zahlen vom BAG und BFS können darauf hinweisen, dass dem BAG nicht alle Hospitalisationen aufgrund einer HEV-Infektion gemeldet wurden.

Abbildung 5
Anteil Hepatitis-E-Fälle mit Hospitalisation, symptomatischer Manifestation und Risikofaktoren nach Grund der Testung (Blutspende-Screening ja/nein) in der Schweiz und dem Fürstentum Liechtenstein, 2018 bis 2024
 Basierend auf Daten aus dem obligatorischen Melde-
 system, inklusive Fällen aus dem Blutspende-Screening



Exposition

Die meisten Infektionen traten nach Exposition in der Schweiz auf (62,3 %) (Tabelle 3). Bei 22,2 % wurde ein Auslandsaufenthalt während des Inkubationszeitraums (Zeit von Kontakt mit dem Virus bis zum Auftreten der Symptome) angegeben. Bei knapp 16 % fehlte die Information im klinischen Befund. Bei Fällen, die nicht im Rahmen des Blutspende-Screenings detektiert wurden, war der Anteil der Schweizer Exposition mit 68,4 % höher als bei denen innerhalb des Blutspende-Screenings (56 %) (Tabelle 4). Als Expositionsart im Ausland wurden am häufigsten die Nachbarländer (Frankreich, Deutschland und Italien) genannt. Diese Expositionalorte sind gleichzeitig auch die üblichen beziehungsweise die häufigsten Aufenthaltsorte und Reiseziele der Schweizer Bevölkerung. Deshalb lässt sich aus diesen Angaben nicht schliessen, dass ein Aufenthalt in den Nachbarländern mit einem erhöhten HEV-Risiko assoziiert ist.

Risikofaktoren

Vorbestehende Lebererkrankungen lagen bei 4,0–15,4 % der Fälle vor, eine Schwangerschaft bei 0–1,4 % (Tabelle 3). Andere Risikofaktoren wurden in knapp 20 % der Fälle angegeben. Am häufigsten wurden hier Diabetes mellitus, Immunsuppression und Krebserkrankungen genannt. Bei über der Hälfte der Fälle waren keine Risikofaktoren bekannt. Bei der Population ausserhalb des Blutspende-Screenings waren 40,6 % ohne bekannte Risikofaktoren (Tabelle 4) im Vergleich zu denen innerhalb des Blutspende-Screenings mit 75,1 % (Tabelle 5). Vorbestehende Lebererkrankungen waren bei den

Fällen ausserhalb des Blutspende-Screenings mit 14,9 % deutlich häufiger als bei den Fällen aus dem Blutspende-Screening (1 %). Diese Zahlen bestätigen, dass sich das Hepatitis-E-Virus v. a. bei Menschen mit Vorerkrankungen manifestiert bzw. das Virus v. a. bei ihnen gesucht und diagnostiziert wird (Detection Bias).

4. HEPATITIS-E-AUSBRUCH 2021

Zwischen Januar und Anfang Mai 2021 wurden in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein 105 HEV-Fälle gemeldet, was einer nahezu dreifachen Zunahme im Vergleich zum selben Zeitraum der Vorjahre entsprach. Betroffen waren überwiegend Männer (64 %) mit einem Durchschnittsalter von 54 Jahren. Über die Hälfte der Meldungen stammte von Fällen aus dem Blutspende-Screening. Die Fälle verteilten sich landesweit ohne erkennbare lokale Häufung, wobei ein leicht höherer Anteil in ländlichen Gemeinden registriert wurde. Klinisch verliefen 30 % der Infektionen asymptomatisch, 29 (27,6 %) der 105 Personen wurden hospitalisiert und zwei (1,9 %) assoziierte Todesfälle wurden gemeldet.

Zur Identifikation von Risikofaktoren innerhalb dieses Ausbruches und möglicher Expositionsquellen wurde eine Fall-Kontroll-Studie durch das BAG und das Kompetenzzentrum für epidemiologische Ausbruchsabklärungen (KEA) mit 87 Fällen und 172 Kontrollen durchgeführt [14]. Klassische Risikofaktoren wie Tierkontakte, Reisen oder Freizeitaktivitäten zeigten keine signifikanten Assoziationen. Ein erhöhter Konsum bestimmter Schweinefleischprodukte war unter den Fällen häufiger, erreichte jedoch nur teilweise statistische Signifikanz.

Molekulargenetische Analysen von 45 humanen Proben ergeben, dass der Anstieg vor allem durch den in der Schweizer Schweinepopulation verbreiteten HEV-Genotyp 3, Subtyp 3h, verursacht wurde [15]. Es konnten drei genetische Cluster identifiziert werden, jedoch ohne Hinweis auf ein einzelnes punktuell ausbruchsgeschehen. Parallel durchgeführte Lebensmitteluntersuchungen zeigten HEV-positive Befunde in 4,3 % der untersuchten Schweinelebern und 2 % der Wurstwaren, wobei aus technischen Gründen kein direkter Sequenzabgleich mit den humanen Isolaten möglich war.

Ein spezifisches Lebensmittel als Hauptursache des Ausbruchs konnte nicht identifiziert werden. Die Ergebnisse sprechen jedoch für eine zoonotische Übertragung aus dem Schweinefleischsektor. Besonders nicht richtig erhitzte Lebern oder Streichwurstwaren und rohe Schweinelebern könnten als potenzielle Infektionsquellen eine Rolle gespielt haben, wenngleich die Evidenz begrenzt bleibt. Die richtige Zubereitung von Lebensmitteln, auch von Fleischprodukten, ist die Voraussetzung für eine gute Gesundheit der ganzen Bevölkerung. Das Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen (BLV) hat basierend auf den Ausbruchsabklärungen fünf Empfehlungen, insbesondere was die Zubereitung von Schweinefleischerzeugnissen anbelangt, formuliert [16]. Als Schlussfolgerung dieser Ausbruchsuntersuchung wurde erneut wiederholt nahegelegt – insbesondere für gefährdete

Personengruppen (Immunsupprimierte, Lebererkrankte, Schwangere, Kinder und Seniorinnen und Senioren) –, auf rohe oder ungenügend erhitzte Schweine- und Wildschweineprodukte zu verzichten [14].

5. SCHLUSSFOLGERUNG

Die vorliegenden Daten zeigen, dass Hepatitis E in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein weiterhin eine selten gemeldete Infektionskrankheit ist, jedoch immer noch ein relevantes und potenziell unterschätztes Risiko für bestimmte Bevölkerungsgruppen darstellt. Die Melderaten der ersten sieben Jahre seit Beginn der Überwachung deuten auf eine endemische Zirkulation des Virus hin. Die im Vergleich deutlich höheren Inzidenzraten bei den Fällen im Rahmen des Blutspende-Screenings unterstreichen die erwartete hohe Dunkelziffer aufgrund von asymptomatischen Infektionen. Der Ausbruch im Jahr 2021 verdeutlicht exemplarisch, dass es zu Ausbrüchen kommen kann.

Die epidemiologischen und molekularbiologischen Analysen aus der Ausbruchsuntersuchung sprechen für eine vorwiegend zoonotische Übertragung aus dem Schweinefleischsektor, auch wenn ein spezifisches Lebensmittel nicht eindeutig identifiziert werden konnte. Eine Studie aus dem Jahr 2021 von Vonlanthen-Specker et al., in der Schweine- und Wildschweinproben sowie HEV-positive Fleischprodukte genetisch untersucht wurden, zeigte, dass in der Schweiz hauptsächlich der Virusstamm HEV-3h3 zirkuliert, welcher bisher nur in der Schweiz beschrieben wurde. Dieses Cluster ist möglicherweise auf die lokale Virusentwicklung aufgrund der isolierten Schweizer Schweineindustrie zurückzuführen [15]. Zur Prävention schwerer Krankheitsverläufe ist die konsequente Kommunikation von Zubereitungs- und Verzehrempfehlungen essenziell, insbesondere im Hinblick auf rohe oder unzureichend erhitzte Schweine- und Wildschweineprodukte.

Die Daten aus dem Blutspende-Screening zeigen, dass der Anteil asymptomatischer Infektionen hoch ist, und unterstreichen die Bedeutung systematischer Teststrategien für die Früherkennung und Transfusionssicherheit. Die Daten der meldenden Spitäler und der Ärzteschaft zeigen auf der anderen Seite, dass Hepatitis E auch zu klinisch relevanten Infektionen führt.

Kontakt

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

Referenzen

- ¹ European Centre for Disease Prevention and Control. Hepatitis E in the EU/EEA, 2005–2015 (2017). Surveillance report, zugegriffen am 13.10.2025: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/HEV_Surveillance-report-2005-2015.pdf
- ² Müller A, Collineau L, Stephan R, Müller A, Stärk K (2017). Assessment of the risk of foodborne transmission and burden of Hepatitis E in Switzerland. International journal of food microbiology 242, S. 107–115. DOI: 10.1016/j.ijfoodmicro.2016.11.018.
- ³ Robert Koch Institut (2025). Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2023, S. 119. DOI: 10.25646/13043
- ⁴ Jaana M, Putkuri N, Rimhanen-Finne R; Laurila P, Clancy J, Ihalainen J, Ekblom-Kullberg S (2023). Hepatitis E Virus in Finland: Epidemiology and Risk in Blood Donors and in the General Population. Pathogens 12, no. 3: 484. <https://doi.org/10.3390/pathogens12030484>
- ⁵ Instituto Superiore di Sanità (2022). Epidemiology – SEIEVA data, zugegriffen am 13.10.2025: [Viral hepatitis – Epidemiology – SEIEVA data](#)
- ⁶ Murphy N, McKeown P (2023). Hepatitis E in Ireland, 2022. Annual Epidemiological Report, zugegriffen am 13.10.2025: [Hepatitis E annual report 2022.pdf](#)
- ⁷ Faber M, Wenzel J, Jilg W, Thamm M, Höhle M, Stark K (2012). Hepatitis E virus seroprevalence among adults, Germany. Emerg Infect Dis. 2012 Oct;18(10):1654–7. doi: 10.3201/eid1810.111756
- ⁸ Sadik S, van Rijckevorsel GG, van Rooijen MS, Sonder GJ, Bruisten SM (2016). Seroprevalence of Hepatitis E virus differs in Dutch and first generation migrant populations in Amsterdam, the Netherlands: a cross-sectional study. BMC Infect Dis. 2016 Nov 8;16(1):659. doi: 10.1186/s12879-016-2007-z. [Diagnostic Performance of Five Assays for Anti-Hepatitis E Virus IgG and IgM in a Large Cohort Study](#)
- ⁹ Serricchio M, Gowland P, Widmer N, Stolz M, Niederhauser C (2024). HEV in Blood Donors in Switzerland: The Route to Safe Blood Products. Pathogens. 2024 Oct 18;13(10):911. doi: 10.3390/pathogens13100911.
- ¹⁰ Niederhauser C, Widmer N, Hotz M, Tinguely C, Fontana S, Allemann G, Borri M, Infantì L, Sarraj A, Sigle J, Stalder M, Thierbach J, Waldvogel S, Wiengand T, Züger M, Gowland P (2018). Current Hepatitis E virus seroprevalence in Swiss blood donors and apparent decline from 1997 to 2016. Euro Surveill. 2018 Aug;23(35):1700616. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2018.23.35.1700616.
- ¹¹ Santé publique France. L'hépatite E : données. Zugegriffen am 13.10.2025: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/hepatites-virales/hepatite-e/donnees>
- ¹² Laperche S, Maugard C, Lhomme S, Lecam S, Richard C, Dupont I, Richard P, Tiberghien P, Abravanel F, Morel P, Izopet J, Gallian P (2023). Seven years (2015–2021) of blood donor screening for HEV-RNA in France: lessons and perspectives. Blood Transfus. 2023 Mar;21(2):110–118. doi: 10.2450/2022.0052-22.
- ¹³ Said B, Usdin M, Warburton F, Ijaz S, Tedder RS, Morgan D (2017). Pork products associated with human infection caused by an emerging phylotype of Hepatitis E virus in England and Wales. Epidemiol Infect. 2017 Sep;145(12):2417–2423. doi: 10.1017/S0950268817001388.
- ¹⁴ Bundesamt für Gesundheit (2022). Hepatitis-E-Ausbruch 2021 in der Schweiz. BAG-Bulletin 4: 8–10.
- ¹⁵ Vonlanthen-Specker I, Stephan R, Sidler X, Moor D, Fraefel C, Bachofen C (2021). Genetic Diversity of Hepatitis E Virus Type 3 in Switzerland-From Stable to Table. Animals (Basel). 2021 Nov 7;11(11):3177. doi: 10.3390/ani11113177.
- ¹⁶ Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen BLV (2022). Bericht zur Überwachung von Zoonosen und lebensmittelbedingten Krankheitsausbrüchen – Daten 2021. 2022 Juli, Seite 37.

SEX MACHT GLÜCKLICH. ANGST NICHT

Fakt seit 2008: Unter Therapie überträgt sich HIV nicht.
Mehr Sex für die Schweiz: safer-sex.ch

Danke für die Unterstützung



AIDS-HILFE SCHWEIZ.
SEIT 40 JAHREN.
FÜR DICH. aids.ch/40

Legionärskrankheit in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein im Jahr 2024

Seit dem Jahr 2001 steigt die Anzahl an Meldungen von Legionärskrankheitsfällen an. Nach einem Rückgang im Jahr 2020, wohl infolge der Covid-19-Pandemie, setzte sich der Anstieg in den beiden folgenden Jahren fort. Im Jahr 2022 wurde mit 6,8 Fällen pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohnern die bis anhin höchste Melderate für die Schweiz und das Fürstentum Liechtenstein zusammen verzeichnet. Im 2023 war diese mit 6,5 Fällen pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner wieder etwas tiefer, aber immer noch höher als in den Jahren vor der Covid-19-Pandemie. Obwohl die Inzidenz im Jahr 2024 auf 5,5 Fälle pro 100 000 Einwohnerinnen zurückgegangen ist, lässt sich noch nicht sagen, ob sich der Trend langfristig umkehrt.

EINFÜHRUNG

Positive laboranalytische Befunde von *Legionella* spp. in humangen Proben unterliegen seit dem Jahr 1988 in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein der Meldepflicht. Der Fokus der Überwachung richtet sich dabei auf die laborbestätigten Fälle mit einer Lungenentzündung (Pneumonie). Diese Form einer Legionellose wird als Legionärskrankheit bezeichnet. Nur in Spitätern werden Personen mit einer Lungenentzündung routinemässig auf Legionellen getestet, in den Hausarztpraxen erfolgt ein solcher Erregernachweis eher selten [1]. Entsprechend ist ein Grossteil der gemeldeten Fälle hospitalisiert. Patienten und Patientinnen mit einer bestätigten Legionärskrankheit weisen meist ein schweres Krankheitsbild auf. Rund 5 % sind zum Zeitpunkt der Meldung bereits verstorben [2].

LAGEBEURTEILUNG

Im Jahr 2024 wurden dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) insgesamt 491 wahrscheinliche und sichere Fälle von Legionärskrankheit gemeldet. Bei diesen Fällen handelt es sich um Personen mit einer Lungenentzündung und einem laboranalytischen Nachweis einer Infektion mit Legionellen. Von den 491 Fällen hatten 489 ihren Wohnsitz in der Schweiz und zwei Personen in Liechtenstein. Die berechneten Melderaten für die Schweiz und für Liechtenstein betrugen 5,5 pro 100 000 respektive 5,0 pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner.

Im Vergleich zum Jahr 2023, in welchem mit 6,5 pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohnern, ist die Melderate 2024 für die Schweiz somit deutlich tiefer [3]. Von einem rückläufigen Trend kann jedoch noch nicht gesprochen werden. Die relativ kleinen Einwohner- und Fallzahlen in Liechtenstein führen zu grösseren jährlichen Schwankungen in der Melde-

rate. Diese erlauben keine klare Aussage zum kurzfristigen Trend.

Für beide Länder zusammen betrug im Jahr 2024 die Melde rate 5,5 pro 100 000 Einwohner und Einwohnerinnen. In Abbildung 1 sind die Anzahl gemeldeter Fälle und die Melderaten seit Beginn der Überwachung im Jahr 1988 ersichtlich. Im 2024 wurde zum ersten Mal seit der Covid-19-Pandemie ein deutlicher Rückgang der Fallzahlen registriert. Ob es sich dabei um eine beginnende Trendwende oder lediglich um einen vorübergehenden Rückgang handelt, lässt sich derzeit nicht beurteilen.

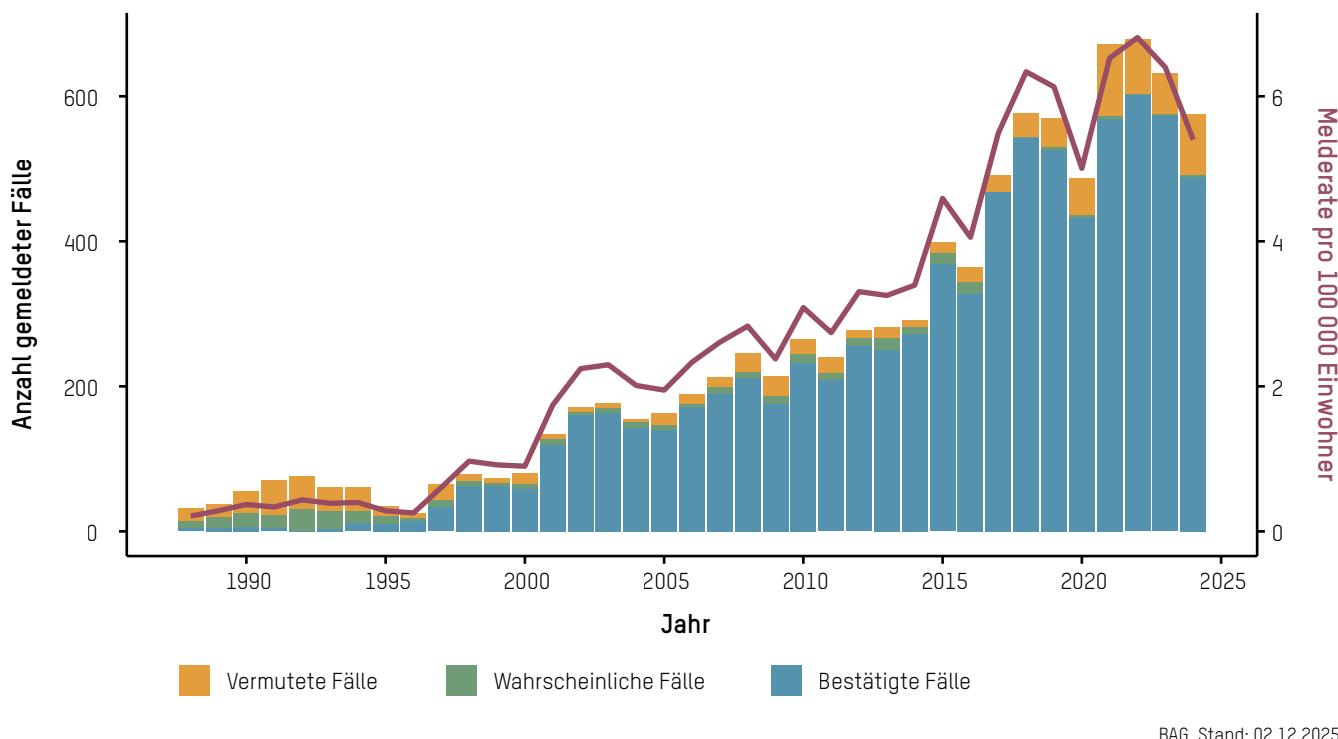
Was sind Legionellen?

Legionellen sind Bakterien, welche in wässrigen und feuchten Umgebungen vorkommen. Sie vermehren sich besonders gut bei Temperaturen zwischen 25 und 45 Grad Celsius. Sie finden sich sowohl in der natürlichen Umwelt als auch in von Menschen geschaffenen Systemen wie zum Beispiel in Wasserleitungen, Whirlpools oder lüftungstechnischen Anlagen und Kühltürmen. Die Ansteckung erfolgt durch das Einatmen von fein zerstäubtem Wasser, sogenannten Aerosolen, welche Legionellen enthalten. Selten erfolgt eine Ansteckung durch das unabsichtliche Einatmen von mit Legionellen kontaminiertem Wasser in die Luft- statt Speiseröhre (Aspiration). Keine Gefahr besteht beim Schlucken von kontaminiertem Wasser, da die im Magen befindliche Magensäure die Legionellen abtötet.

Abbildung 1

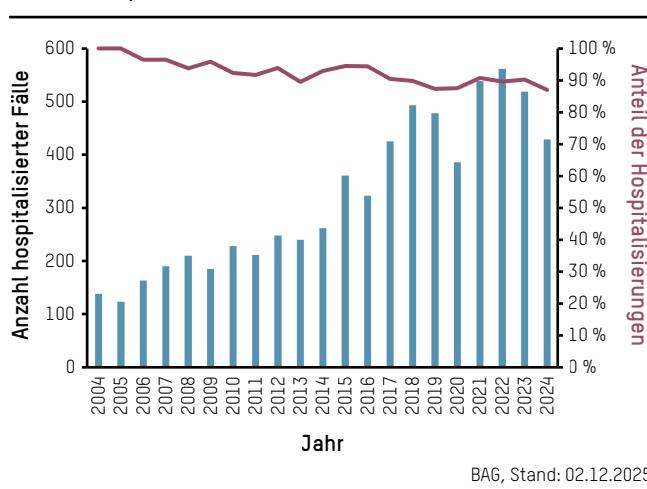
Fallzahlen und Melderate der Legionärskrankheit in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein, 1988 – 2024

Mögliche Fälle sind Infektionen mit einem Legionellen-Labornachweis, aber ohne bekannte Pneumonie; wahrscheinliche und sichere Fälle erfüllen die Laborkriterien für einen wahrscheinlichen oder sicheren Fall und haben eine diagnostizierte Pneumonie. Nur sichere und wahrscheinliche Fälle werden für die Berechnung der Melderate berücksichtigt.



BAG, Stand: 02.12.2025

Abbildung 2

Anzahl und Anteil an wahrscheinlichen und sicheren Fällen von Legionärskrankheit in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein mit stationärem Spitalaufenthalt, 2004 – 2024**SCHWEREGRAD**

Der grösste Teil der gemeldeten Legionärskrankheitsfälle wird in einem Spital behandelt. Im Jahr 2024 betrug der Anteil an Fällen mit Spitalaufenthalt 87,4 %. Dies entspricht einem leichten Rückgang gegenüber dem durchschnittlichen Wert für die letzten zehn Jahre von 90,2 %. Der Anteil an Hospitalisationen zeigt über die letzten zwanzig Jahre betrachtet einen leicht rückläufigen Trend (siehe Abbildung 2). In der Zehn-Jahres-Periode 2004–2013 lag er im Durchschnitt noch bei 94,2 %.

RÄUMLICHE VERTEILUNG

In Tabelle 1 sind die kantonalen Fallzahlen und Melderaten pro 100 000 Einwohner und Einwohnerinnen für die letzten fünf Jahre für die Schweiz, Liechtenstein sowie alle Kantone präsentiert. Die Kantone sind alphabetisch geordnet. Die Melderaten der Kantone wurden direkt standardisiert nach Alter und Geschlecht, basierend auf den Populationsdaten 2020/21.

Im Jahr 2024 lag die tiefste kantonale Melderate bei 0 und die höchste bei 13,9 pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohnern. Es gibt somit grosse Unterschiede zwischen den Kantonen, aber auch innerhalb eines Kantons zwischen den Jahren. Ein Teil dieser beobachteten Unterschiede in den Melderaten ist durch die kleinen Fallzahlen, insbesondere in

Tabelle 1

Fallzahlen und Melderaten pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner der Legionärskrankheit für die Schweiz und das Fürstentum Liechtenstein sowie Fallzahlen und standardisierte Melderaten pro Kanton, 2020 – 2024

N = Anzahl Fälle, MR = Melderate (Datenstand: 13.10.2025)

	2020		2021		2022		2023		2024	
	N	MR								
Schweiz	431	5,0	571	6,5	602	6,8	576	6,5	491	5,5
Fürstentum Liechtenstein	5	12,8	2	5,1	1	2,5	2	5,0	2	5,0
Zusammen	436	5,0	573	6,5	603	6,8	574	6,4	489	5,5
Schweizer Kantone										
AG	28	4,1	50	7,1	50	7,0	41	5,6	33	4,5
AI	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	10,5
AR	3	4,8	6	10,4	2	3,3	6	10,2	4	6,4
BE	46	4,3	56	5,1	48	4,3	57	5,1	47	4,0
BL	16	4,8	34	10,2	19	5,9	19	5,6	26	7,6
BS	13	6,8	16	8,4	8	4,1	10	5,2	17	8,3
FR	17	6,0	34	11,1	28	9,1	19	6,3	20	6,4
GE	16	3,6	30	6,6	25	5,3	34	7,4	36	7,7
GL	1	2,7	0	0,0	2	4,9	7	11,3	6	11,3
GR	4	1,8	7	3,2	9	3,9	10	4,3	4	1,6
JU	3	3,9	7	9,3	12	14,9	8	10,7	3	3,9
LU	16	3,9	29	7,1	26	6,3	18	4,4	23	5,4
NE	6	3,4	16	9,3	10	5,7	9	3,9	8	4,4
NW	3	6,4	3	6,4	3	5,8	2	4,0	2	4,0
OW	0	0,0	0	0,0	2	4,5	0	0,0	0	0,0
SG	20	3,9	24	4,7	30	5,8	28	5,2	25	4,7
SH	4	4,4	7	8,1	7	7,7	6	6,8	3	3,0
SO	20	6,9	19	6,4	20	6,7	13	4,3	11	3,4
SZ	5	3,2	9	5,1	13	7,5	18	10,6	13	7,6
TG	8	2,9	9	3,1	18	6,2	10	3,5	21	7,0
TI	70	17,4	48	11,8	88	21,4	80	19,4	58	13,9
UR	2	5,3	1	2,2	2	5,2	2	4,7	1	2,2
VD	40	5,6	54	7,3	49	6,6	37	5,0	27	3,5
VS	25	7,0	25	6,8	23	6,1	25	6,7	25	6,5
ZG	4	2,8	12	9,2	12	9,1	13	9,8	9	6,6
ZH	61	4,2	75	5,1	96	6,5	102	6,9	65	4,3

den kleineren Kantonen, begründet. Eine stete Beobachtung ist jedoch, dass der Kanton Tessin schon seit mehr als 20 Jahren jeweils deutlich höhere jährliche Melderaten für die Legionärskrankheit aufweist als die durchschnittlichen nationalen Melderaten.

In Abbildung 3 ist die Entwicklung der Verteilung der Melderaten in den Kantonen und in Liechtenstein für die Jahre 2021 bis 2024 visualisiert. Es handelt sich hierbei um eine Kartierung der in Tabelle 1 aufgelisteten standardisierten Melderaten.

SAISONALITÄT

Wie in allen Jahren gab es im Sommer mehr Fälle als im Winter, wenn auch der Unterschied weniger deutlich als in Vorjahren ausfiel. Am meisten Fälle wurden im Jahr 2024 von Juli bis Oktober gemeldet (siehe Abbildung 4). Im Vergleich dazu wurden in den Vorjahren in einzelnen Monaten deutliche Peaks beobachtet, während die Verteilung im Jahr 2024 eine deutlich flachere Kurve zeigte.

Abbildung 3

Räumliche Verteilung der Legionärskrankheitsfälle nach standardisierter Melderate in der Schweiz und dem Fürstentum Liechtenstein, 2021 – 2024

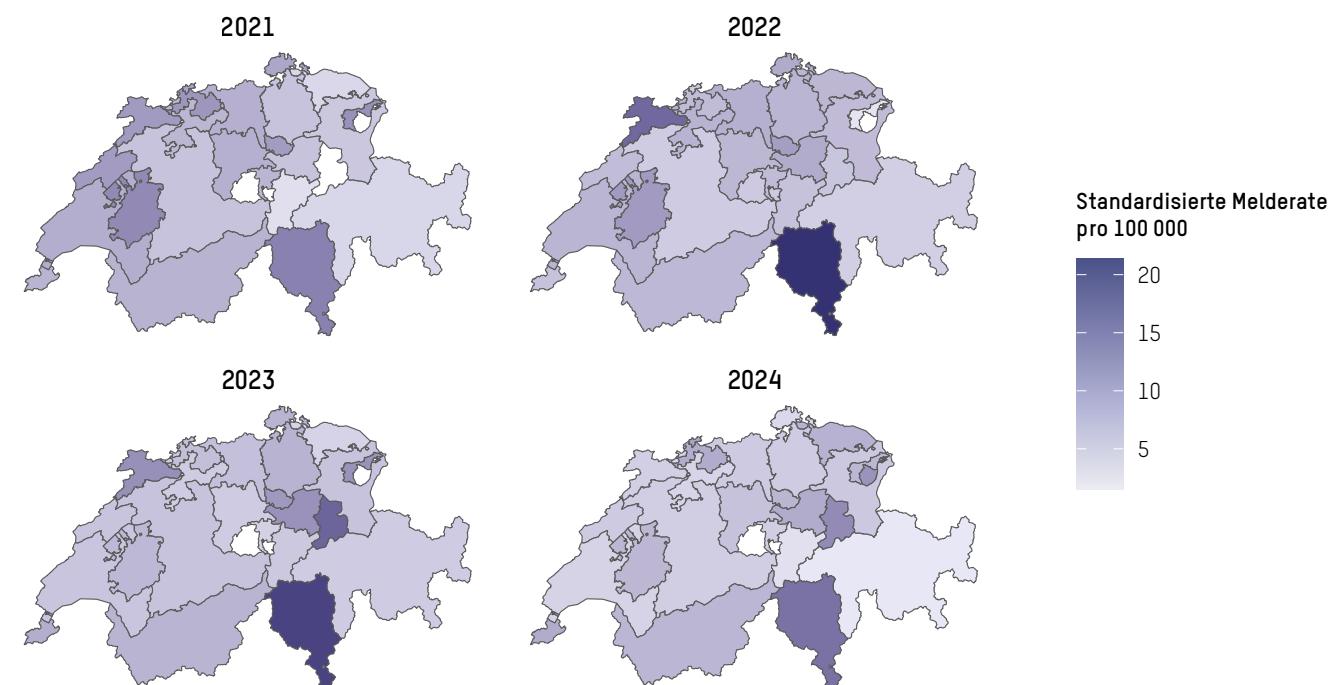
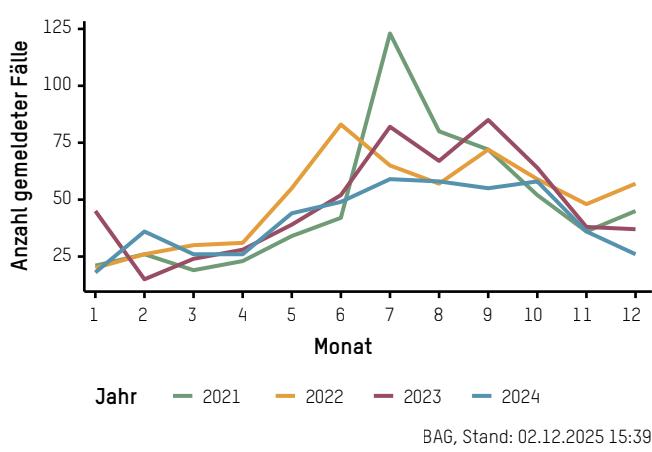


Abbildung 4

Monatliche Anzahl von Legionärskrankheitsfällen in der Schweiz und dem Fürstentum Liechtenstein, 2021 – 2024



GESCHLECHTER- UND ALTERSVERTEILUNG

Wie seit Beginn der Überwachung waren auch im Jahr 2024 besonders häufig ältere Personen männlichen Geschlechts von einer Legionärskrankheit betroffen. Im 2024 waren 69 % der Fälle männlichen Geschlechts. Im Durchschnitt der letzten zehn Jahre betrug der Anteil an Männern 68 % (siehe Abbildung 5). Die im 2024 beobachtete Geschlechtsverteilung lag somit im Rahmen der letzten zehn Jahre.

Der Altersmedian lag bei 68 Jahren, d. h. die Hälfte der von einer Legionärskrankheit betroffenen Personen war älter als 68 Jahre alt. Der Altersmedian für die letzten zehn Jahre betrug 66 Jahre. Der im Jahr 2024 beobachtete Altersmedian lag somit im Rahmen der letzten zehn Jahre. Die höchste Melde rate mit 22,9 Fällen pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner fand sich bei Personen in der Altersklasse 80 Jahre und älter. In Abbildung 6 ist die Entwicklung der Melderaten nach Altersklasse über die letzten zehn Jahre dargestellt. In dieser Abbildung ist klar ersichtlich, dass die Melderaten mit dem Alter zunehmen und dass der zunehmende zeitliche Trend in den Melderaten vor allem in den höheren Altersklassen zu beobachten ist. Dass ältere Personen, insbesondere männlichen Geschlechts, ein grösseres Risiko aufweisen, an einer Legionärskrankheit zu erkranken als jüngere Personen, wird auch international beobachtet [4].

Abbildung 5
Jährliche Anzahl von Legionärskrankheitsfällen in der Schweiz und dem Fürstentum Liechtenstein, nach Geschlecht, 2015 – 2024

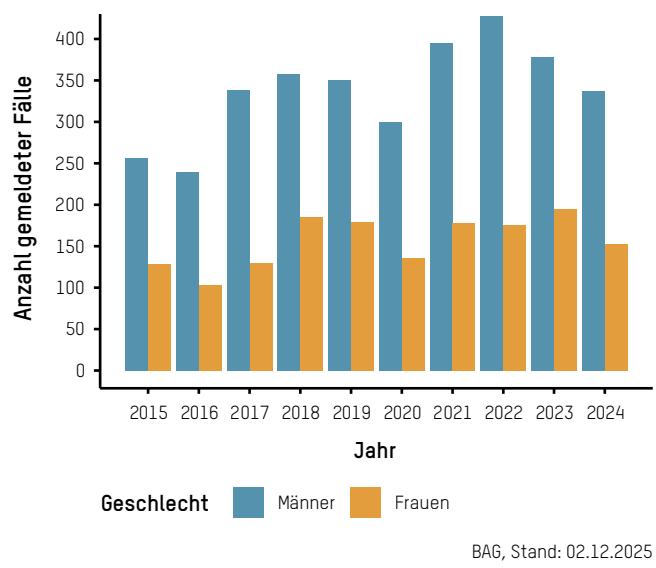
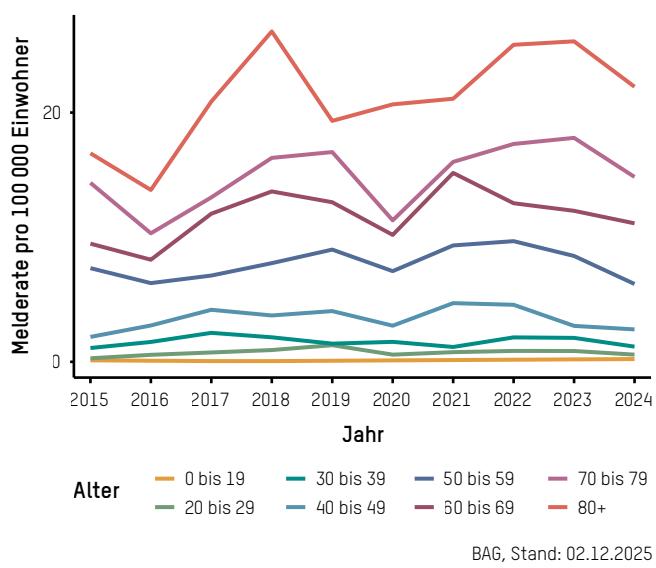


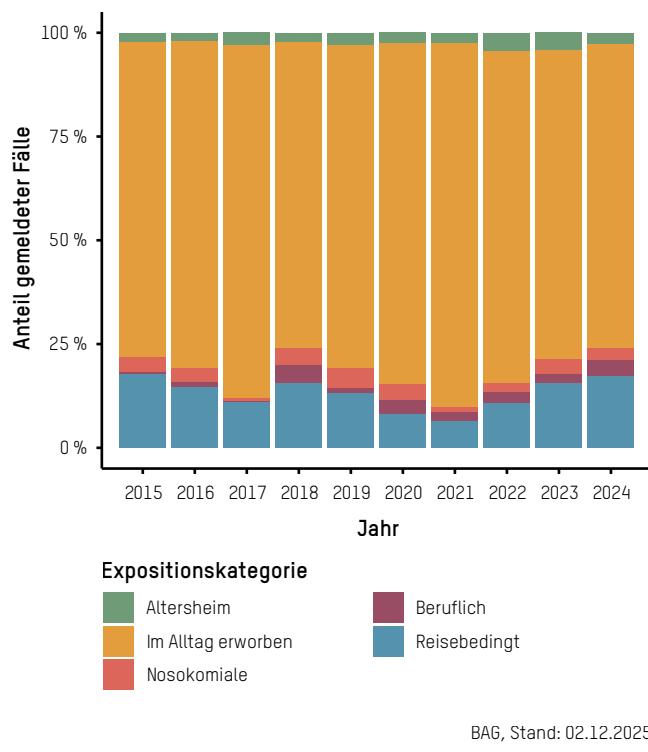
Abbildung 6
Melderate pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner der Legionärskrankheitsfälle in der Schweiz und dem Fürstentum Liechtenstein nach Altersgruppe, 2015 – 2024



EXPOSITION

Auf der Meldung zum klinischen Befund wird nach möglichen Expositionsorten und mutmasslichen Ansteckungsquellen gefragt. Diese Informationen dienen als Grundlage für die Quellensuche. Zum Zeitpunkt der Meldung sind Expositionsort und Infektionsquelle also noch nicht bestätigt. Um Trends zu entdecken, werden die Legionärskrankheitsfälle jedoch gemäss diesen unbestätigten Angaben in fünf Expositionskategorien eingeteilt: Lebt die Person in einem Altersheim, in die Kategorie «Altersheim»; war die Person zwei bis vierzehn Tage vor Manifestationsbeginn stationär im Spital, in «Nosokomial»; könnte die Infektion mit dem Ausüben des Berufs zusammenhängen, in «Beruflich»; hat die Person zwei bis vierzehn Tage vor Manifestationsbeginn in einem Hotel oder sonst auswärts übernachtet, in «Reisebedingt». Alle anderen Fälle werden als «Im Alltag erworben» klassiert. In diese Kategorie fallen vermutete Ansteckungsquellen wie z. B. die Dusche zu Hause, der Luftbefeuchter oder Blumenerde. Fälle mit Verdacht auf Ansteckung durch Aerosole aus einem Kühlturn werden ebenfalls in dieser Kategorie erfasst. Darin enthalten sind auch Fälle ohne Angaben zur möglichen Infektionsquelle. Die Abbildung 7 zeigt die Anteile der Fälle nach Expositionskategorie über die letzten zehn Jahre. Im Jahr 2024 gehörten 73,1 % der Fälle der Kategorie «Im Alltag erworben» an. Die restlichen Fälle verteilten sich auf die Kategorien «Reisebedingt» (17,3 %), «Altersheim» (2,9 %), «Nosokomial» (3,1 %) und «Beruflich» (3,7 %).

Abbildung 7
Jährliche Verteilung (%) der Legionärskrankheitsfälle in der Schweiz und dem Fürstentum Liechtenstein nach Expositionskategorie, 2015 – 2024



INTERNATIONALER VERGLEICH

Auch in der EU wird eine Zunahme der Fälle von Legionärskrankheit beobachtet [4]. Jedoch liegt die durchschnittliche Melderate für die Legionärskrankheit in der EU auf einem tieferen Niveau. Im Jahr 2024 betrug sie 3,4 pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner [4]. Die Melderate ist heterogen zwischen den Mitgliedsstaaten und es existieren wie in der Schweiz regionale Unterschiede innerhalb eines Landes. In den direkten Nachbarländern der Schweiz und Liechtensteins betrug sie im Jahr 2024 für Deutschland 2,7, Frankreich 2,8, Österreich 3,9 und Italien 7,8 [4]. Die EU als Ganzes sowie alle umliegenden Länder, mit Ausnahme von Italien, weisen somit deutlich tiefere Melderaten für die Legionärskrankheit auf als die Schweiz und Liechtenstein zusammen. Die Ursachen für diese Unterschiede sind unklar und wahrscheinlich multifaktoriell. Unterschiede im Überwachungs- und Testsystem sowie klimatische Abweichungen sind nur einige mögliche Einflussfaktoren.

DISKUSSION

Seit rund zwanzig Jahren nehmen die Fälle von Legionärskrankheit in der Schweiz zu. Auch die Melderate, welche das Bevölkerungswachstum in diesem Zeitraum berücksichtigt, steigt an. Der Anteil an hospitalisierten Fällen weist nur einen leicht abnehmenden Trend auf und blieb sehr hoch. Dementsprechend hat die jährliche Anzahl an hospitalisierten Fällen über die Zeit ebenfalls zugenommen.

Diese Zunahme ist nicht allein auf eine vermehrte Testung zurückzuführen. Eine Studie zeigte zwar auf, dass sich in der Schweiz zwischen 2007 und 2016 die Anzahl Tests auf Legionellen in humanen Proben mehr als verdoppelt hatte. Die Positivitätsrate, das heißt der Anteil an positiven Resultaten bezogen auf alle durchgeführten Tests, ist aber nicht gesunken, sondern blieb konstant [5]. Ein möglicher Grund für die Zunahme der Fälle von Legionärskrankheit dürfte die demografische Entwicklung sein. Im 20. Jahrhundert stieg die Lebenserwartung bei Geburt stark an [6]. Diese Zunahme der Lebenserwartung hat in den ersten beiden Jahrzehnten des 21. Jahrhunderts zu einer Zunahme der Bevölkerung in den höchsten Altersklassen geführt. Wie die altersabhängigen Melderaten zeigen, haben ältere Personen ein höheres Risiko an einer Legionärskrankheit zu erkranken als jüngere Personen. Die prognostizierte demografische Entwicklung hin zu einer noch grösseren Zahl an Personen in den höchsten Altersklassen dürfte auch in näherer Zukunft noch zu einer weiteren Zunahme der Anzahl Fälle von Legionärskrankheit führen.

Neben dieser demografischen Entwicklung haben auch diverse andere Faktoren einen möglichen Einfluss auf die Fallzahlen. So können klimatische Veränderungen Auswirkungen auf das Infektionsgeschehen haben [7]. Auch Veränderungen im Verhalten der Bevölkerung können das Expositionsrisiko bestimmen. Des Weiteren beeinflussen Änderungen im Bauwesen, wie z.B. gebäudetechnische Installationen, das Vorhandensein von Legionellen und damit das Infektionsrisiko. In dieser Hinsicht von Bedeutung sind die gemeinsamen Empfehlungen des

BAG und des Bundesamts für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen (BLV) zu Legionellen und Legionellosen [8]. Diese Empfehlungen werden regelmässig modulweise basierend auf neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen überarbeitet.

ZUSAMMENARBEIT BUND IM SINNE VON ONE HEALTH UND FORSCHUNGSPROJEKTE

Um der Zunahme der Fallzahlen entgegenzuwirken, arbeiten verschiedene Bundesbehörden im Bereich Legionellosebekämpfung eng zusammen. Sie publizieren unter anderem die zuvor genannten gemeinsamen Empfehlungen [8]. Eine Zusammenfassung der Aktivitäten zur Legionellosebekämpfung auf Stufe Bund für die Zeitperiode 2023–2024 findet sich auf der [BAG-Website zur Legionellose](#) (siehe Dokumente).

Der Bund hat zudem mehrere Forschungsprojekte in Auftrag gegeben oder subventioniert, um die Legionärskrankheit, insbesondere deren Risikofaktoren und Infektionsquellen, besser zu verstehen. Die Erkenntnisse aus diesen Projekten werden in die Planung und Umsetzung von Präventions- und Bekämpfungsmassnahmen einfließen. Unter nachfolgenden Links sind die Projekte ausgeführt:

- [Projekt LeCo: Legionellen-Bekämpfung in Gebäuden](#)
- [SwissLEGIO: Nationale Fall-Kontroll-Studie zur Legionellose in der Schweiz \(auf Englisch\)](#)
- [Relevanz von Legionellen im kommunalen Wasser-Verteilungsnetz](#)

Kontakt

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

Referenzen

- ¹ Fischer FB, Deml MJ, Mäusezahl D. Legionnaires' disease – a qualitative study on Swiss physicians' approaches to the diagnosis and treatment of community-acquired pneumonia. *Swiss Med Wkly*. 2022 May 2 [cited 2024 Jul. 16];152(1718):w30157. Available from: <https://smw.ch/index.php/smw/article/view/3190>.
- ² Fischer FB, Fanderl J, Mäusezahl D, Wyman MN. Zeitliche Entwicklung und Einfluss verschiedener Faktoren auf die räumliche Verteilung der Legionärskrankheit in der Schweiz. *BAG-Bulletin* 2022; Nr. 3: 8–11.
- ³ Bundesamt für Gesundheit. Legionärskrankheit: Lagebericht 2022: Schweizerische Eidgenossenschaft – Bundesamt für Gesundheit BAG; 2023. Verfügbar unter: [Legionellose \(Legionärskrankheit\)](#).
- ⁴ European Centre for Disease Prevention and Control (ecdc). [Surveillance Atlas of Infectious Diseases \(europa.eu\)](#), accessed 15th October 2025.
- ⁵ Fischer FB, Schmutz C, Gaia V, Mäusezahl D. Legionnaires' disease on the rise in Switzerland: A denominator-based analysis of national diagnostic data, 2007–2016. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(19):7343. PubMed PMID: doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17197343>.
- ⁶ Bundesamt für Statistik: Lebenserwartung. 2024. Verfügbar unter [Lebenserwartung | Bundesamt für Statistik \(admin.ch\)](#).
- ⁷ Han XY (2021) Effects of climate changes and road exposure on the rapidly rising legionellosis incidence rates in the United States. *PLoS ONE* 16(4): e0250364. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250364>.
- ⁸ Bundesamt für Gesundheit und Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen: Legionellen und Legionellose BAG-/BLV-Empfehlungen. 2018. Verfügbar unter: [Empfehlungen zu Legionellen und Legionellose](#).



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann EBG

**ER WEISS,
WO DU BIŠT.
IMMER.**

AUCH SO BEGINNT GEWALT.



ohne-gewalt.ch

HOL DIR RAT UND HILFE.





Regeln statt aufschieben: die Organspende.

Bestimme selbst, was mit deinem Körper passiert, im Leben und darüber hinaus.
Halte deshalb deinen Willen zur Organspende fest und informiere auch deine Liebsten darüber.

leben-ist-
teilen.ch

Machs
dir zuliebe.



Rezeptsperreng

Swissmedic, Abteilung Betäubungsmittel

Rezeptsperreng

Folgende Rezepte sind gesperrt

Kanton	Block-Nr.	Rezept-Nr.
Basel-Landschaft		12239446 12239447
Basel-Stadt		11885910
Bern		12729130 12741273 12746200
Genf		12646231
Zürich		11377126 12794268

P.P.
CH-3003 Bern
Post CH AG

BAG-Bulletin

52/2025

Woche