Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Ausgabe vom 30. Juni 2025

BAG-Bulletin

Woche 27/2025

Informationsmagazin für medizinische Fachpersonen und Medienschaffende

Tuberkulose in der Schweiz und dem Fürstentum Liechtenstein im Jahr 2023, S. 10

Ergebnisbericht 2024 zum Strahlenschutz liegt vor, S. 16

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

Meldungen Infektionskrankheiten 4
Sentinella-Statistik 7
Wöchentliche Übersicht zu respiratorischen Viren 7
Tuberkulose in der Schweiz und dem Fürstentum Liechtenstein im Jahr 2023 8
Ergebnisbericht 2024 zum Strahlenschutz liegt vor 16
Rezeptsperrung 19

Meldungen Infektionskrankheiten
Stand am Ende der 25. Woche (23.06.2025)[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 Zeitperioden.
[b] Ausgeschlossen sind materno-fötale Röteln.
[c] Bei schwangeren Frauen und Neugeborenen
[d] Primäre, sekundäre bzw. frühlatente Syphilis.
[e] Eingeschlossen sind Fälle von Haut- und Rachendiphtherie.

Infektionskrankheiten
Stand am Ende der 25. Woche (23.06.2025)[a]

	Woche 25			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	2 1.2	5 2.9	1 0.6	14 2	15 2.2	9 1.3	155 1.7	164 1.8	143 1.6	84 1.9	95 2.2	67 1.6
Influenzavirus-Infektion, saisonale Typen und Subtypen	https://idd.bag.admin.ch											
Legionellose	15 8.7	10 5.8	18 10.4	53 7.6	56 8.1	46 6.6	596 6.6	649 7.2	636 7.1	233 5.4	214 4.9	206 4.8
Masern	1 0.6		2 1.2	8 1.2	5 0.7	6 0.9	52 0.6	98 1.1	31 0.3	41 1	86 2	30 0.7
Meningokokken: invasive Erkrankung	1 0.6		1 0.6	3 0.4	2 0.3	4 0.6	37 0.4	35 0.4	31 0.3	24 0.6	21 0.5	20 0.5
Pneumokokken: invasive Erkrankung	15 8.7	15 8.7	11 6.4	69 10	69 10	50 7.2	1124 12.5	1028 11.4	948 10.5	715 16.5	659 15.2	553 12.8
Röteln[b]												
Röteln, materno-foetal[c]												
Tuberkulose	1 0.6	4 2.3	11 6.4	31 4.5	42 6.1	39 5.6	446 5	437 4.8	362 4	225 5.2	210 4.8	190 4.4
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	1 0.6		1 0.6	1 0.1	3 0.4	6 0.9	54 0.6	54 0.6	85 0.9	19 0.4	15 0.4	35 0.8
Salmonellose, S. typhi/paratyphi	1 0.6		1 0.6	2 0.3	1 0.1	3 0.4	34 0.4	28 0.3	18 0.2	12 0.3	20 0.5	11 0.2
Salmonellose, übrige	https://idd.bag.admin.ch											
Shigellose	https://idd.bag.admin.ch											

	Woche 25			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		1 0.6	2 1.2	2 0.3	7 1	5 0.7	40 0.4	44 0.5	41 0.5	16 0.4	24 0.6	20 0.5
Chlamydiose	186 107.4	264 152.5	303 175	872 125.9	1078 155.7	1141 164.8	12372 137.4	12737 141.5	13150 146.1	5737 132.6	6265 144.8	6237 144.1
Gonorrhoe	86 49.7	134 77.4	119 68.7	445 64.3	585 84.5	552 79.7	6794 75.5	6628 73.6	5294 58.8	3061 70.7	3175 73.4	2646 61.1
Hepatitis B, akut							13 0.1	17 0.2	13 0.1	4 0.09	8 0.2	8 0.2
Hepatitis B, total Meldungen	22	23	25	93	122	106	1203	1159	1118	599	614	584
Hepatitis C, akut			1 0.6	1 0.1		4 0.6	23 0.3	19 0.2	16 0.2	8 0.2	13 0.3	8 0.2
Hepatitis C, total Meldungen	18	15	31	78	77	91	1073	1033	1063	513	497	505
HIV-Infektion	8 4.6	7 4	18 10.4	42 6.1	25 3.6	43 6.2	394 4.4	357 4	346 3.8	222 5.1	169 3.9	161 3.7
Syphilis, Frühstadien[d]	1 0.6	14 8.1	19 11	27 3.9	70 10.1	78 11.3	739 8.2	844 9.4	829 9.2	321 7.4	425 9.8	383 8.8
Syphilis, total	1 0.6	20 11.6	27 15.6	31 4.5	99 14.3	102 14.7	992 11	1135 12.6	1087 12.1	424 9.8	556 12.8	529 12.2
Zoonosen und andere durch Vektoren übertragbare Krankheiten												
Brucellose						1 0.1	4 0.04	5 0.06	10 0.1	1 0.02	2 0.05	4 0.09
Chikungunya-Fieber			1 0.6	6 0.9		3 0.4	34 0.4	32 0.4	16 0.2	26 0.6	14 0.3	13 0.3
Dengue-Fieber	1 0.6	3 1.7	8 4.6	10 1.4	35 5	19 2.7	241 2.7	505 5.6	171 1.9	93 2.2	295 6.8	91 2.1
Gelbfieber												
Hantavirus-Infektion												
Malaria	6 3.5	4 2.3	10 5.8	23 3.3	17 2.4	27 3.9	281 3.1	331 3.7	322 3.6	114 2.6	141 3.3	157 3.6
Q-Fieber		7 4		5 0.7	21 3	3 0.4	135 1.5	139 1.5	135 1.5	74 1.7	86 2	76 1.8
Trichinellose									2 0.02			1 0.02
Tularämie					https://idd.bag.admin.ch							
West-Nil-Fieber							1 0.01	1 0.01				
Zeckenenzephalitis					https://idd.bag.admin.ch							
Zika-Virus-Infektion							5 0.06	8 0.09	2 0.02	1 0.02	6 0.1	2 0.05
Andere Meldungen												
Mpox				2 0.3			60 0.7	26 0.3	477 5.3	42 1	16 0.4	3 0.07
Botulismus									1 0.01			1 0.02
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit		1 0.6		3 0.4	3 0.4	2 0.3	21 0.2	22 0.2	25 0.3	14 0.3	9 0.2	16 0.4
Diphtherie[e]				1 0.1			6 0.07	23 0.3	100 1.1	4 0.09	3 0.07	8 0.2
Tetanus												

Organspende?
entscheiden
mitteilen
festhalten
leben-ist-teilen.ch
Machs dir zuliebe.
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.
Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra
Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG
swiss transplant
Schweizerische Nationale Stiftung für Organspende und Transplantation
Fondation nationale suisse pour le don et la transplantation d'organes
Fondazione nazionale svizzera per il dono e il trapianto di organi
Swiss National Foundation for organ donation and transplantation
ORGANSPENDE
ENTSCHEIDEN. MITTEILEN. FESTHALTEN.

Sentinella-Statistik

Provisorische Daten

Sentinella:
Anzahl Meldungen (N) der letzten 4 Wochen bis am 22.6.2025 und Inzidenz pro 1000 Konsultationen (N/10³)
Freiwillige Erhebung bei Hausärztinnen und Hausärzten (Allgemeinpraktiker, Internisten und Pädiater)

Woche	22		23		24		25		Mittel 4 Wochen	
	N	N/10³	N	N/10³	N	N/10³	N	N/10³	N	N/10³
Mumps	0	0	0	0	1	0.1	0	0	0.3	0
Pertussis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zeckenstiche	15	1.6	18	1.5	29	3	12	1.3	18.5	1.9
Herpes Zoster	10	1.1	9	0.8	15	1.6	11	1.2	11.3	1.2
Post-Zoster-Neuralgie	1	0.1	1	0.1	0	0	0	0	0.5	0.1
Meldende Ärzte	**163**		**160**		**161**		**144**		**157**	

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.

Tuberkulose in der Schweiz und dem Fürstentum Liechtenstein im Jahr 2023

Im Jahr 2023 stieg die Zahl der Tuberkulosefälle in der Schweiz von 353 Fällen im Jahr 2021 auf 432. Besonders betroffen sind junge Migrantinnen und Migranten. Nicht nur die Fallzahlen steigen, auch die Resistenzen auf Isoniazid und Rifampicin nehmen zu. Die Rücklaufquote von Meldungen zum klinischen Befund und Ergänzungsmeldungen ist stark gesunken. Nur 65 Prozent der Fälle wurden im Jahr 2022 als erfolgreich behandelt gemeldet, weniger als in den Vorjahren.

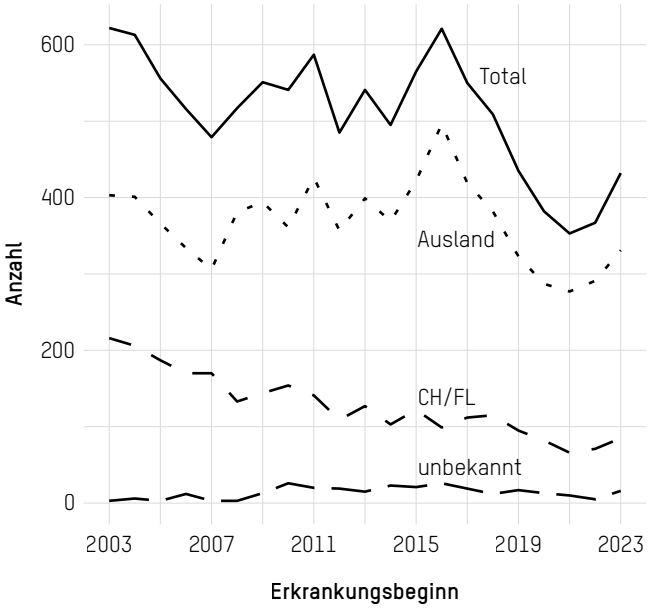
DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE

1) Die Zahl der Tuberkulosefälle ist im Jahr 2023 leicht gestiegen. Das liegt wahrscheinlich daran, dass mehr Personen aus Gebieten mit hoher TB-Inzidenz in die Schweiz einwanderten.
2) Die Behandlungsresultate für das Jahr 2022 richtig zu beurteilen, ist nur bedingt möglich, weil in fast einem Viertel der Fälle keine Ergänzungsmeldung eingereicht wurde. Ohne diese Meldungen kann das Bundesamt für Gesundheit (BAG) keine verlässliche Aussage zum Therapieerfolg machen und somit auch nicht sicherstellen, dass die Ausbreitung längerfristig eingedämmt und das Risiko von Resistenzen gegen Medikamente erfolgreich verhindert wird.
3) Rückmeldungen von den Meldestellen weisen darauf hin, dass die Aufenthaltsdynamik von TB-Erkrankten (Verlegungen im Asylwesen) zu den fehlenden Ergänzungsmeldungen beiträgt.

1. EINFÜHRUNG TUBERKULOSE

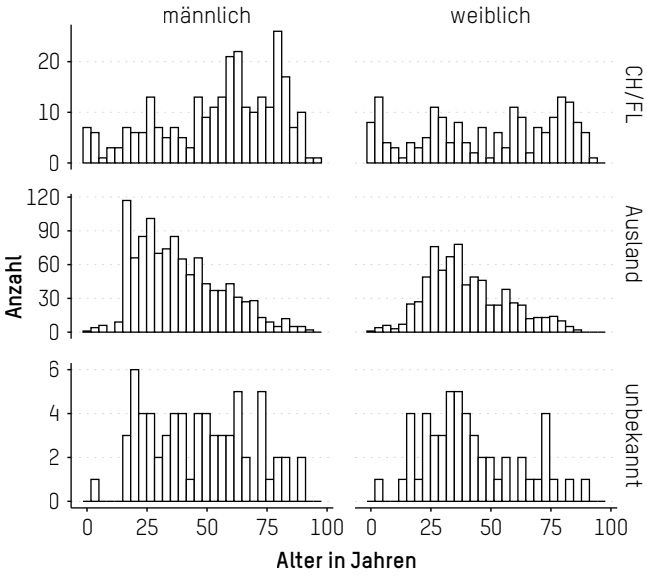
Tuberkulose (TB) ist eine Krankheit, die durch pathogene Vertreter des *Mycobacterium tuberculosis*-Komplexes *(M. tuberculosis, M. bovis, M. africanum* und *M. canettii)* verursacht wird. Infektionen, bei denen die betroffenen Personen keine Symptome zeigen, werden als tuberkulöse Infektion (TBI) bezeichnet. Der Nachweis einer solchen Infektion erfolgt in der Regel durch einen positiven immunologischen Test. Tatsächlich zeigt der grösste Teil der infizierten Personen zeitlebens keine Erkrankung und kann die pathogenen Mykobakterien nicht auf andere Menschen übertragen. Eine solche TBI ist nicht meldepflichtig. Zum Ausbruch der Erkrankung kommt es nur

Abbildung 1
Tuberkulose in der Schweiz und dem Fürstentum Liechtenstein 2003 bis 2023 nach Herkunft der Erkrankten und Erkrankungsbeginn nach Kalenderjahr



Das Geburtsland legt die Herkunft fest. Fehlt dieses, dann zählt die Nationalität. Fehlen beide Angaben, dann ist die Herkunft unbekannt. CH/FL steht für Schweiz und Fürstentum Liechtenstein. Als Ausland zählt die Geburt ausserhalb von Schweiz und Fürstentum Liechtenstein beziehungsweise die Nationalität, wenn diese fehlt.

Abbildung 2
Altersverteilung der Tuberkulose in der Schweiz und dem Fürstentum Liechtenstein 2018 bis 2023 nach Herkunft und Geschlecht der Erkrankten



Das Geburtsland legt die Herkunft fest. Fehlt dieses, dann zählt die Nationalität. Fehlen beide Angaben, dann ist die Herkunft unbekannt. CH/FL steht für Schweiz und Fürstentum Liechtenstein. Als Ausland zählt die Geburt ausserhalb von Schweiz und Fürstentum Liechtenstein beziehungsweise die Nationalität, wenn diese fehlt.

bei wenigen der infizierten Personen, was sich durch klinische Symptome und/oder Veränderungen in der Lunge äussert, die sich radiologisch nachweisen lassen. Diese Situation wird im Folgenden als Tuberkulose (TB) definiert. Das Risiko, dass Infizierte eine TB entwickeln, ist in den ersten zwei Jahren nach der Infektion am höchsten. Besonders gefährdet sind Personen mit einer verminderten Immunabwehr, beispielsweise aufgrund einer unbehandelten HIV-Infektion, medikamentöser Immunsuppression sowie bei Säuglingen und Kleinkindern.

Die Tuberkulose betrifft meistens die Lunge. Typische Symptome sind ein langanhaltender Husten sowie allgemeine Beschwerden wie Fieber, Nachtschweiss und Gewichtsverlust. Auch andere Organe können betroffen sein: zum Beispiel Lymphknoten, Haut, Urogenitaltrakt und zahlreiche weitere. Zur Diagnostik werden vom befallenen Organ biologische Proben entnommen und mittels Kultur oder PCR auf Tuberkelbakterien untersucht.

Beim Husten gelangen die Krankheitserreger in Aerosolen in die Luft und können so auf andere Menschen übertragen werden. Sobald eine Krankheit entdeckt wird, ist es wichtig, Infektionsketten zu erkennen und zu unterbrechen. Die Kantone führen eine sogenannte Umgebungsuntersuchung durch. Dabei werden Personen getestet, die engen Kontakt mit einer ansteckenden Person hatten. Die dabei gewonnenen Daten helfen, die Ausbreitung der Krankheit besser zu verstehen und gezielte Massnahmen gegen eine Ausbreitung zu ergreifen.

Tabelle 1
Tuberkulose in der Schweiz und dem Fürstentum Liechtenstein 2018 bis 2023

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total	Prozent
Total								
	509	435	382	353	367	432	2 478	100,0
davon ohne Meldung zum klinischen Befund								
	9	12	10	7	3	15	56	2,26
Alter in Jahren								
0–14	26	15	18	6	15	17	97	3,9
15–19	41	21	22	21	33	48	186	7,5
20–39	211	191	160	153	127	166	1 008	40,7
40–64	145	135	122	119	132	133	786	31,7
65+	86	73	60	54	60	67	400	16,1
unbekannt	0	0	0	0	0	1	1	0,0
Geschlecht								
männlich	307	236	220	194	227	279	1 463	59,0
weiblich	202	199	162	159	139	153	1 014	40,9
unbekannt	0	0	0	0	1	0	1	0,0
befallene Region								
pulmonal	251	206	172	144	169	188	1 130	45,6
pulmonal und extrapulmonal	243	204	193	188	181	217	1 226	49,5
extrapulmonal	9	19	8	15	14	19	84	3,4
unbekannt	6	6	9	6	3	8	38	1,5

Tabelle 2
Tuberkulose in der Schweiz und dem Fürstentum Liechtenstein, 2018 bis 2023
Melderaten pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohnern

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Total						
	5,9	5,0	4,4	4,0	4,1	4,9
Alter in Jahren						
0–14	2,0	1,2	1,4	0,5	1,1	1,3
15–19	9,6	4,9	5,2	4,9	7,7	11,2
20–39	9,3	8,4	7,0	6,7	5,5	7,2
40–64	4,8	4,5	4,0	3,9	4,3	4,3
65+	5,4	4,5	3,7	3,2	3,5	3,9
Geschlecht						
männlich	7,2	5,5	5,1	4,5	5,2	6,3
weiblich	4,7	4,6	3,7	3,6	3,1	3,4

Tabelle 3
Tuberkulose in der Schweiz und dem Fürstentum Liechtenstein, 2018 bis 2023
Vollständigkeit der Meldungen zum klinischen Befund (MkB) und der Ergänzungsmeldung (EM)

MkB/EM	2018	2019	2020	2021	2022	2023
+/+	475 (93,3 %)	373 (85,7 %)	360 (94,2 %)	323 (91,5 %)	279 (76,0 %)	n. a.
+/–	25 (4,9 %)	50 (11,5 %)	12 (3,1 %)	23 (6,5 %)	85 (23,2 %)	n. a.
+/NA	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	417 (96,5 %)
–/+	5 (1,0 %)	6 (1,4 %)	5 (1,3 %)	3 (0,8 %)	n. a.	n. a.
–/–	4 (0,8 %)	6 (1,4 %)	5 (1,3 %)	4 (1,1 %)	3 (0,8 %)	n. a.
–/NA	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	15 (3,5 %)
Total	**509**	**435**	**382**	**353**	**367**	**432**

+ Meldung erhalten, – Meldung nicht erhalten, NA / n. a. nicht anwendbar

Tabelle 4
Tuberkulose nach Herkunftsländern und Resistenz gegenüber Rifampicin, 2018 bis 2023

Herkunftsland	Total	Resistenz gegenüber Rifampicin (n)	auf Rifampicin getestets Isolat	Anteil auf Rifampicin resistente Isolate	95 Prozent Plausibilitätsintervall
Total	**2478**	**47**	**1978**	**2,38**	**(1,76–3,11)**
Andere	769	20	612	3,27	(2,05–4,88)
Schweiz	511	4	391	1,02	(0,31–2,39)
Eritrea	290	5	235	2,13	(0,76–4,55)
Somalia	137	6	113	5,31	(2,13–10,5)
Afghanistan	112	1	92	1,09	(0,05–5,02)
Portugal	91	0	80	0,0	(0,0–3,63)
Indien	76	1	65	1,54	(0,07–7,02)
Kosovo	74	0	54	0,0	(0,0–5,3)
Sri Lanka	59	1	42	2,38	(0,11–10,62)
Äthiopien	49	3	37	8,11	(2,08–19,72)
Philippinen	42	1	37	2,7	(0,13–11,95)
Tibet (Region in China)	42	1	36	2,78	(0,13–12,26)
Rumänien	38	0	31	0,0	(0,0–8,94)
Türkei	34	0	28	0,0	(0,0–9,81)
Italien	32	0	25	0,0	(0,0–10,88)
Thailand	32	1	27	3,7	(0,18–15,94)
Deutschland	30	2	28	7,14	(1,21–20,57)
Nordmazedonien	30	0	26	0,0	(0,0–10,5)
Marokko	30	1	19	5,26	(0,28–21,75)

Die Standardtherapie der TB dauert in der Regel sechs Monate und besteht in den ersten zwei Monaten aus einer Kombination von drei oder vier Antituberkulotika (Isoniazid, Rifampicin, Pyrazinamid und Ethambutol), danach während vier Monaten mit den zwei Substanzen Isoniazid und Rifampicin, sofern keine Resistenzen vorliegen. Um das Risiko einer Resistenzentwicklung zu verringern, ist es von grosser Bedeutung, dass die Medikamente während der gesamten Therapiedauer von sechs Monaten konsequent eingenommen werden.

2. MELDEPFLICHT

Zur Überwachung und Eindämmung der Tuberkulose ist es wichtig, mehrere Parameter zu kennen, und verschiedene Stellen sind zur Meldung verpflichtet:

Ärzteschaft: Zur epidemiologischen Überwachung der Erkrankung besteht für TB eine gesetzliche Meldepflicht. Über das Meldeformular zum klinischen Befund melden die diagnostizierenden Ärztinnen und Ärzte dem kantonsärztlichen Dienst, dass eine medikamentöse Behandlung mit drei oder vier Medikamenten eingeleitet wurde und/oder bei einem Patienten oder einer Patientin eine bestätigte TB vorliegt. Im Meldeformular zum klinischen Befund werden Angaben zu Alter, Geschlecht, Geburtsland, Staatsbürgerschaft, befallenen Organen, vorangegangenen Tuberkulosediagnosen und -behandlungen, eingesetzten Medikamenten sowie Diagnostikmethoden erfragt.

Laboratorien: Wenn Laboratorien Tuberkulosebakterien mittels Mikroskopie, molekularbiologischem Direktnachweis (PCR) oder Kultur nachweisen, melden sie dies innerhalb von 24 Stunden dem kantonsärztlichen Dienst sowie dem BAG. Die Labormeldungen enthalten neben den Personalien der Patientin oder des Patienten auch Angaben zum entnommenen Material, zum Resultat der Mikroskopie, der PCR oder der Kultur sowie eine Beschreibung des Erregers bezüglich Spezies, Resistenzen gegenüber Isoniazid, Rifampicin, Ethambutol und Pyrazinamid sowie Mutationen in den sogenannten Resistenzgenen *kat*G, *inh*A und *rpo*B. Es ist wichtig, dass die Resistenzen vollständig gemeldet werden, inklusive der gemessenen Konzentrationen der vier Standardtherapeutika. Beim Nachweis einer Resistenz gegen Rifampicin muss das Labor den Stamm an das nationale Referenzzentrum für Mykobakterien am Institut für Medizinische Mikrobiologie der Universität Zürich zur erweiterten Resistenzprüfung einsenden. Die Kosten für diese vertieften Untersuchungen übernimmt das BAG.

Ergänzungsmeldung: Um die Ausbreitung der Krankheit zu stoppen und Resistenzen gegen Medikamente zu verhindern, ist es wichtig, die Behandlung zu Ende zu führen und den Behandlungserfolg genau zu überwachen. Die Weltgesundheitsorganisation WHO gibt vor, dass weltweit mindestens 90 Prozent der Patientinnen und Patienten erfolgreich behandelt werden sollen, um Resistenzen vorzubeugen. Die Ärztinnen und Ärzte melden dem kantonsärztlichen Dienst den Ausgang der Behandlung. Dabei wird angegeben, ob die Patientin oder der Patient geheilt ist, die Therapie ohne Heilungsnachweis abgeschlossen wurde, die Behandlung versagt hat, abgebrochen wurde oder ob ein Todesfall aufgetreten ist. Auch Überweisungen oder ein «Nicht mehr zur Arztvisite erscheinen» der Patientin oder des Patienten werden dokumentiert. Zusätzlich muss das Startdatum der Behandlung und das Datum des Behandlungsresultates angegeben werden.

Das BAG betrachtet die Meldungen zu den klinischen und laboranalytischen Befunden des Jahres 2023 sowie die ergänzenden Meldungen zum Therapieerfolg des Jahres 2022 für die nachfolgenden Auswertungen als jeweils einen Fall.

Elektronisches Meldesystem: Das BAG hat in den letzten Jahren schrittweise ein elektronisches Meldesystem für meldepflichtige Infektionskrankheiten eingeführt. Ab dem 1. Januar 2024 wurden neue Identifikatoren wie die AHV-Nummer der betroffenen Person und die Global Location Number (GLN) der meldenden Gesundheitsfachperson in die digitale Meldung integriert, zunächst für Labore und bis Ende 2025 für alle Akteure. Für Tuberkulose stehen in einem ersten Schritt nur Meldeformulare für die laboranalytischen Befunde zur Verfügung, die elektronisch übermittelt werden können.

3. EPIDEMIOLOGIE DER TUBERKULOSE IN DER SCHWEIZ UND IM FÜRSTENTUM LIECHTENSTEIN

3.1 Fallzahlen

In der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein gingen die gemeldeten TB-Fälle bis 2021 kontinuierlich zurück und erreichten mit 353 Fällen den tiefsten Wert seit Beginn der Überwachung im Jahr 1988. Während der Covid-19-Pandemie sanken die Fallzahlen besonders deutlich. Das liegt vermutlich an weniger Reise- und Migrationsbewegungen. Ob während der Pandemie allenfalls auch die Diagnosestellung oder die Behandlungen verzögert erfolgten, wurde nicht wissenschaftlich untersucht, aber ein solcher Zusammenhang scheint plausibel. Seit 2022 nehmen die TB-Fälle wieder zu. Im Jahr 2022 wurden 367 Fälle gemeldet, 2023 waren es schon 432 Fälle (siehe Abbildung 1 und Tabelle 1). Eine ähnliche Tendenz zeigt sich weltweit. Gleichzeitig stieg die Sterblichkeit durch TB – weltweit und in der Schweiz. Die WHO meldet 2024, dass TB weltweit wieder die häufigste Todesursache durch einen einzelnen Krankheitserreger ist, nachdem Covid-19 diese Position drei Jahre lang innehatte.

Tabelle 5
Tuberkulose in der Schweiz und dem Fürstentum Liechtenstein, 2018 bis 2023
Laborresultate

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total	%
Total gemeldete Fälle								
	509	435	382	353	367	432	2478	
Total mit Laborbestätigung								
	471	409	348	332	342	392	2294	100,0
Anteil								
Prozent	92,5	94,0	91,1	94,1	93,2	90,7	92,6	
Spezies								
M. caprae	1	3	1	0	0	0	5	0,2
M. canettii	0	0	0	0	0	0	0	0,0
M. africanum	5	4	1	2	2	2	16	0,7
M. bovis	3	1	2	4	1	10	21	0,9
M. tuberculosis	347	312	278	256	246	280	1719	74,9
M. tub. complex	111	87	64	68	90	96	516	22,5
unbekannt	4	2	2	2	3	4	17	0,7
Kultur/Mikroskopie								
–/–	0	0	0	0	0	1	1	0,0
–/+	4	2	2	2	3	2	15	0,7
+/–	233	193	188	173	203	220	1210	52,7
+/+	231	204	156	155	135	166	1047	45,6
+/u	3	10	2	2	1	2	20	0,9
u/u	0	0	0	0	0	1	1	0,0
PCR								
+	368	325	275	252	271	302	1793	78,2
–	100	76	71	78	70	87	482	21,0
u	3	8	2	2	1	3	19	0,8
***inh*A-Gen**								
Mutation	10	9	11	8	9	9	56	2,4
Wildtyp	214	185	113	124	126	143	905	39,5
unbekannt	247	215	224	200	207	240	1333	58,1
***kat*G-Gen**								
Mutation	15	22	10	15	13	20	95	4,1
Wildtyp	214	172	116	116	124	127	869	37,9
unbekannt	242	215	222	201	205	245	1330	58,0
***rpo*B-Gen**								
Mutation	9	13	11	7	8	13	61	2,7
Wildtyp	235	201	140	143	148	186	1053	45,9
unbekannt	227	195	197	182	186	193	1180	51,4

«M.» Mykobakterien, «M. tub. complex» zum *Mycobacterium-tuberculosis*-Komplex gehörig, «+» Nachweis erbracht, «-» Nachweis nicht erbracht, «u» Nachweis unbekannt, «PCR» Polymerase Chain Reaction, ein Amplifikationsverfahren, «*inh*A Gen» Resistenzgen gegenüber Isoniazid, bei dem hohe Dosen von Isoniazid noch wirksam sind, «*kat*G Gen» Resistenzgen gegenüber Isoniazid, bei dem auch hohe Dosen von Isoniazid nicht wirksam sind, «*rpo*B Gen» Resistenzgen gegenüber Rifampicin.

Demografie: Auffällig ist, dass immer mehr 15- bis 19-Jährige an TB erkranken. Im Jahr 2023 betrug die Melderate für diese Altersgruppe 11,2 pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohnern – das war wie schon im Jahr 2022 die höchste Rate aller Altersgruppen (siehe Tabelle 2). In den Jahren zuvor waren vor allem die 20- bis 39-Jährigen betroffen. Diese Veränderung hängt mit der demografischen Entwicklung bei Migrantinnen und Migranten zusammen, insbesondere mit unbegleiteten minderjährigen Asylsuchenden (UMA). Diese Gruppe ist in den letzten Jahren zahlenmässig gewachsen und stellt eine besonders vulnerable Population für TB dar. Sie leben in ihren Herkunftsländern häufig unter schwierigen Lebensbedingungen und mit erhöhtem Risiko für TB.
Kaum verändert hat sich im Vergleich zum Vorjahr die Verteilung auf die Geschlechter: Männliche Personen erkranken mit 59 Prozent deutlich häufiger als weibliche (40,9 Prozent). Dieser Unterschied ist weltweit ebenfalls zu beobachten.

Herkunft: Die Herkunft leitet sich aus Geburtsland und Staatsangehörigkeit ab. Zwischen 2018 und 2023 stammten wie schon früher die meisten TB-Patientinnen und -Patienten aus Ländern ausserhalb der Schweiz. Eritrea wird dabei am häufigsten als Herkunftsland genannt (siehe Abbildung 1 und Tabelle 4). Unter den in der Schweiz geborenen Personen sind vor allem ältere Menschen betroffen. Viele von ihnen infizierten sich in ihrer Kindheit, als TB noch häufiger war. Menschen, die im Ausland geboren wurden, erkranken oft schon in jungen Jahren, besonders Jugendliche und junge Erwachsene (siehe Abbildung 2).

Manifestation: Das am häufigsten befallene Organ ist die Lunge (siehe Tabelle 1). Als extrapulmonal gelten alle Manifestationen ausser den Lungen, inklusive Brustfell und intrathorakalen Lymphknoten.

3.2 Einhaltung der Meldepflicht

Im Jahr 2023 war die Rücklaufquote der Meldungen zum klinischen Befund schlechter als im Vorjahr: Bei 15 (3,5 Prozent) von 434 Fällen blieb die Meldung zum klinischen Befund aus. Im Jahr 2022 waren 3 von 367 Fällen ohne Meldung, sowohl zum klinischen Befund als auch zur Ergänzungsmeldung. Auch die Rücklaufquote der Ergänzungsmeldungen lag bei 76 Prozent (279 von 367 Fällen), was die epidemiologische Überwachung erschwert und zu Unsicherheit in den Resultaten führen kann (siehe Tabelle 3). Gemäss internationaler Norm wird der Behandlungserfolg unter Einbezug der fehlenden Meldungen berechnet. Dies führt dazu, dass der Behandlungserfolg tendenziell unterschätzt wird, und dass die Schweiz das von der WHO festgelegte Ziel von 90 Prozent Behandlungserfolg nicht erreicht.

Tabelle 6
Tuberkulose in der Schweiz und dem Fürstentum Liechtenstein, 2018 bis 2023
Resistenzlage gegenüber Isoniazid und Rifampicin

Resistenz	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Total						
Total	427 (100,0 %)	372 (100,0 %)	307 (100,0 %)	281 (100,0 %)	254 (100,0 %)	314 (100,0 %)
Isoniazid	27 (6,0 %)	35 (9,0 %)	21 (7,0 %)	20 (7,0 %)	21 (8,0 %)	25 (8,0 %)
Rifampicin	9 (2,0 %)	12 (3,0 %)	3 (1,0 %)	5 (2,0 %)	5 (2,0 %)	13 (4,0 %)
MDR	8 (2,0 %)	10 (3,0 %)	1 (0,0 %)	5 (2,0 %)	3 (1,0 %)	9 (3,0 %)
Frühere Behandlung						
Total	17 (100,0 %)	16 (100,0 %)	13 (100,0 %)	8 (100,0 %)	8 (100,0 %)	9 (100,0 %)
Isoniazid	4 (24,0 %)	3 (19,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (12,0 %)	2 (22,0 %)
Rifampicin	3 (18,0 %)	3 (19,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (25,0 %)	1 (11,0 %)
MDR	3 (18,0 %)	2 (12,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (12,0 %)	1 (11,0 %)
Neu/Unbekannt						
Total	410 (100,0 %)	356 (100,0 %)	294 (100,0 %)	273 (100,0 %)	246 (100,0 %)	305 (100,0 %)
Isoniazid	23 (6,0 %)	32 (9,0 %)	21 (7,0 %)	20 (7,0 %)	20 (8,0 %)	23 (8,0 %)
Rifampicin	6 (1,0 %)	9 (3,0 %)	3 (1,0 %)	5 (2,0 %)	3 (1,0 %)	12 (4,0 %)
MDR	5 (1,0 %)	8 (2,0 %)	1 (0,0 %)	5 (2,0 %)	2 (1,0 %)	8 (3,0 %)

«MDR» multi-drug resistance, definiert als Resistenz gegenüber Isoniazid und Rifampicin.

Tabelle 7
Behandlungsresultate bei Tuberkulose in der Schweiz und dem Fürstentum Liechtenstein, 2017 bis 2022

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Alle Tuberkulose-Formen						
Total	550 (100,0 %)	509 (100,0 %)	435 (100,0 %)	382 (100,0 %)	353 (100,0 %)	367 (100,0 %)
geheilt	181 (32,9 %)	174 (34,2 %)	125 (28,7 %)	125 (32,7 %)	105 (29,7 %)	94 (25,6 %)
Therapie abgeschlossen	275 (50,0 %)	238 (46,8 %)	212 (48,7 %)	197 (51,6 %)	166 (47,0 %)	146 (39,8 %)
Therapieabbruch	17 (3,1 %)	8 (1,6 %)	11 (2,5 %)	5 (1,3 %)	9 (2,5 %)	4 (1,1 %)
Therapieversagen	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (0,2 %)	0 (0,0 %)	1 (0,3 %)	4 (1,1 %)
Tod	25 (4,5 %)	17 (3,3 %)	14 (3,2 %)	16 (4,2 %)	19 (5,4 %)	10 (2,7 %)
Überweisung	21 (3,8 %)	19 (3,7 %)	9 (2,1 %)	7 (1,8 %)	10 (2,8 %)	8 (2,2 %)
noch unter Behandlung	3 (0,5 %)	4 (0,8 %)	2 (0,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
unbekannt	10 (1,8 %)	20 (3,9 %)	5 (1,1 %)	15 (3,9 %)	16 (4,5 %)	13 (3,5 %)
keine Meldung	18 (3,3 %)	29 (5,7 %)	56 (12,9 %)	17 (4,5 %)	27 (7,6 %)	88 (24,0 %)
Erfolg	456 (82,9 %)	412 (80,9 %)	337 (77,5 %)	322 (84,3 %)	271 (76,8 %)	240 (65,4 %)
In der Kultur bestätigte Lungentuberkulose ohne R-Resistenz						
Total	421 (100,0 %)	409 (100,0 %)	340 (100,0 %)	296 (100,0 %)	265 (100,0 %)	239 (100,0 %)
geheilt	148 (35,2 %)	146 (35,7 %)	105 (30,9 %)	110 (37,2 %)	94 (35,5 %)	80 (33,5 %)
Therapie abgeschlossen	198 (47,0 %)	191 (46,7 %)	163 (47,9 %)	144 (48,6 %)	122 (46,0 %)	95 (39,7 %)
Therapieabbruch	16 (3,8 %)	5 (1,2 %)	8 (2,4 %)	5 (1,7 %)	5 (1,9 %)	2 (0,8 %)
Therapieversagen	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (0,3 %)	0 (0,0 %)	1 (0,4 %)	2 (0,8 %)
Tod	23 (5,5 %)	16 (3,9 %)	7 (2,1 %)	14 (4,7 %)	15 (5,7 %)	7 (2,9 %)
Überweisung	16 (3,8 %)	16 (3,9 %)	9 (2,6 %)	4 (1,4 %)	5 (1,9 %)	5 (2,1 %)
noch unter Behandlung	3 (0,7 %)	4 (1,0 %)	2 (0,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
unbekannt	7 (1,7 %)	11 (2,7 %)	2 (0,6 %)	11 (3,7 %)	11 (4,2 %)	10 (4,2 %)
keine Meldung	10 (2,4 %)	20 (4,9 %)	43 (12,6 %)	8 (2,7 %)	12 (4,5 %)	38 (15,9 %)
Erfolg	346 (82,2 %)	337 (82,4 %)	268 (78,8 %)	254 (85,8 %)	216 (81,5 %)	175 (73,2 %)

Labormeldungen

Spezies: Im Jahr 2023 wurden 90,7 Prozent der TB-Fälle durch Laboruntersuchungen bestätigt. Die meisten Erkrankungen wurden durch *Mycobacterium tuberculosis* verursacht. Dieser Erreger wurde in 71,4 Prozent der Proben direkt nachgewiesen. In 24,5 Prozent der Fälle konnte der Erreger nur dem *Mycobacterium tuberculosis*-Komplex zugeordnet werden. Auffällig war ein Anstieg von Infektionen mit *Mycobacterium bovis*. Während 2022 nur ein Fall gemeldet wurde, stieg die Zahl 2023 auf 10 Fälle (siehe Tabelle 5). Die Hälfte der Fälle mit *M. bovis* war über 50 Jahre alt. Die Fallzahlen sind jedoch zu gering, um Aussagen über einen allfälligen Trend zu machen. Lungentuberkulose macht 95,1 Prozent aller Erkrankungen aus. Bei 46,3 Prozent dieser Lungen-TB-Fälle konnten Mykobakterien direkt im Sputum oder Bronchialsekret nachgewiesen werden. Unter der Annahme, dass eine Lungentuberkulose mit Nachweis von Mykobakterien in den Atemsekreten ansteckend ist, lässt sich ein Prozentsatz von Erkrankten errechnen (44 %), welche die Krankheit auf andere Menschen übertragen können. Dies entspricht hochgerechnet 190 Fällen.

Zunehmend an Bedeutung gewinnt die PCR-Diagnostik. Sie ermöglicht nicht nur den schnellen Nachweis von TB, sondern auch von genetischen Mutationen, die Resistenzen verursachen. Besonders zu erwähnen sind:

- Mutationen im *rpo*B-Gen, die zu Resistenzen gegen Rifampicin führen.
- Mutationen im *kat*G- oder *inh*A-Gen, die zu Isoniazid-Resistenzen führen.
  - Bei einer *kat*G-Mutation ist Isoniazid unwirksam, alternative Medikamente sind nötig.
  - Bei einer *inh*A-Mutation kann eine hochdosierte Isoniazid-Therapie oft noch wirksam sein.

Multiresistente Tuberkulose (MDR-TB) bedeutet, dass die Krankheitserreger gegen die Medikamente Rifampicin und Isoniazid resistent sind. Die Therapie für diese Form der TB erfordert den Einsatz spezifischer und oft nebenwirkungsreicher Medikamente.

- Im Jahr 2023 wurden 9 Fälle von MDR-TB gemeldet, das sind mehr als in den letzten drei Jahren. 2019 gab es letztmals 10 Fälle.
- Zudem wurden 2023 mehr Fälle von Rifampicin-Resistenz mit 13 Fällen festgestellt. In den Vorjahren waren dies zwischen 3 und 12 Fälle.
- Die Anzahl der Isoniazid-Resistenzen blieb mit 25 Fällen in etwa gleich (25 von 314 getesteten Proben, siehe Tabelle 6).

Personen, die schon früher eine Tuberkulosebehandlung hatten, haben ein höheres Risiko für eine Infektion mit resistenten Stämmen. Diese entstehen, wenn Mykobakterien gegen Isoniazid und Rifampicin exponiert werden, die Behandlung unvollständig war und nicht richtig eingenommen wurde. Im Jahr 2023 waren Erreger bei zuvor Behandelten häufiger resistent gegen Isoniazid und Rifampicin als bei erstmalig Behandelten. Um Resistenzen zu vermeiden, ist es wichtig, dass die Patientin oder der Patient die Behandlung genau nach Plan durchführt und abschliesst (siehe Tabelle 6).

3.3 Monitoring der Behandlungsresultate

Weil die Behandlungen sechs bis zwölf Monate dauern, werden die Behandlungsresultate im Jahr 2023 für das Jahr 2022 erhoben. Das Jahr 2022 war bezüglich Demografie ähnlich charakterisiert wie das Jahr 2023. Von Tuberkulose betroffen waren vor allem UMAs: 15- bis 19-jährige Männer, insbesondere aus Eritrea. Die Behandlungsresultate für 2022 zeigen, dass nur 65,4 Prozent der Fälle dokumentiert zu Ende behandelt wurden. Das ist der niedrigste Wert seit Jahren. Bei der Lungentuberkulose ohne Rifampicin-Resistenz lag diese Zahl mit 73,2 Prozent ebenfalls unter den Vorjahreswerten. Ein Behandlungserfolg bedeutet, dass die Tuberkulosebakterien nicht mehr nachweisbar sind oder die Therapie vollständig abgeschlossen wurde. In 88 von 367 Fällen (24 Prozent) wurde 2022 keine Ergänzungsmeldung eingereicht, sodass der Behandlungserfolg unklar bleibt. Eine Möglichkeit ist, dass ein Teil dieser Fälle noch unter Behandlung steht und noch nicht gemeldet ist und folglich der Therapieerfolg tatsächlich grösser ist. Eine weitere Erklärung wäre, dass die Migrantinnen und Migranten das Land verlassen haben oder nicht mehr zur Arztvisite erscheinen (siehe Tabelle 7).

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

Ergebnisbericht 2024 zum Strahlenschutz liegt vor

Die Abteilung Strahlenschutz des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) hat ihren jährlichen Ergebnisbericht veröffentlicht, der die wichtigsten Arbeiten und Resultate des Jahres 2024 zusammenfasst. Besonders hervorzuheben ist der erfolgreiche Abschluss des Aktionsplans Radium, zu dem die Projektleiterin Martha Palacios im Bericht ein ausführliches Interview gibt.

ERFOLGREICHER ABSCHLUSS DES AKTIONSPLANS RADIUM

2024 wurde dem Bundesrat die Schlussbilanz zum Aktionsplan Radium 2015–2023 vorgelegt. Die gesteckten Ziele im Gesundheits- und Umweltschutz konnten vollständig erreicht werden. Der Grossteil der durch die Uhrenindustrie radiumkontaminierten Liegenschaften ist inzwischen saniert und ihre Bewohnbarkeit wiederhergestellt.

Erfolgreicher Abschluss des Radium-Aktionsplans: Der Grossteil der durch die Uhrenindustrie radiumkontaminierten Liegenschaften ist inzwischen saniert.

Obwohl in der Schweiz weiterhin radiumkontaminierte Altlasten existieren, ist der Umgang damit nun unter Kontrolle. Während der gesamten Umsetzungsphase wurde mit allen Beteiligten proaktiv und transparent kommuniziert, besonders hinsichtlich der bestehenden Risiken.

VERSTÄRKTES KRISENMANAGEMENT BEI RADIOLOGISCHEN ODER NUKLEAREN EREIGNISSEN

Strahlenschutz geht über Gesundheits- und Umweltschutz hinaus und leistet einen wichtigen Beitrag zur Bewältigung aktueller sicherheitsrelevanter Herausforderungen. 2024 hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) dem Bundesrat einen Zwischenbericht zum Aktionsplan Radiss 2020–2025 vorgelegt.

Dieser Plan zielt darauf ab, die radiologische Sicherung und Sicherheit zu stärken, unter anderem durch die Aufdeckung von illegalem Handel mit radioaktivem Material oder die Verhinderung illegaler Entsorgung von radioaktiven Stoffen.

Angesichts der zunehmend instabilen globalen Sicherheitslage wurde die Laufzeit des Aktionsplans bis 2028 verlängert. Der erweiterte Plan umfasst nun auch Massnahmen zur Verbesserung des Krisenmanagements bei radiologischen oder nuklearen Ereignissen – Bedrohungsszenarien, die in der heutigen Zeit wieder an Aktualität gewinnen.

ÜBERWACHUNG UND ANALYSE RADIOLOGISCHER EREIGNISSE

Im Jahr 2024 wurden dem BAG insgesamt 325 meldepflichtige radiologische Ereignisse gemeldet, davon 164 im medizinischen Bereich, die Patientinnen und Patienten betrafen. Einzelne besonders relevante Vorkommnisse werden im Bericht in Kurzanalysen vorgestellt, einschliesslich der daraufhin ergriffenen Massnahmen.

Die Notfallvorbereitungen für ein mögliches nukleares Ereignis in der Ukraine wurden im Berichtsjahr konsequent fortgesetzt.

RISIKOBASIERTER ANSATZ IM STRAHLENSCHUTZ

Das schweizerische Strahlenschutzsystem folgt einem nach Risiko abgestuften Ansatz. Dabei werden Anstrengungen und Ressourcen auf die grössten Risiken für Patientinnen und Patienten sowie Arbeitnehmende, die Bevölkerung und die Umwelt konzentriert.

Dieser Ansatz kommt sowohl beim rechtlichen Rahmen als auch bei der Aufsicht zum Tragen. Dabei wird stets ein angemessenes Verhältnis zwischen Aufwand und Nutzen hinsichtlich der erwarteten Expositionsreduktion und Anlagensicherheit gewahrt. Der Ansatz ist im BAG bereits gut etabliert und bildet den Kern der Aufsichtsstrategie, die 2024 in einem Konzept konsolidiert wurde. Das Aufsichtskonzept richtet seinen Fokus besonders auf medizinische Tätigkeiten, die eine grosse Anzahl von Patientinnen und Patienten betreffen und viele Fachleute einbinden.

Der risikobasierte Ansatz wird in allen Bereichen des Strahlenschutzes umgesetzt, etwa auch bei der Ausbildung des Fachpersonals, beim Radonschutz oder bei der Überwachung der Radioaktivität in der Umwelt.

Nach demselben Prinzip konzentriert sich auch die Gesetzgebung zu nichtionisierender Strahlung und Schall auf Situationen mit erheblichem Gesundheitsrisiko, etwa die Verwendung von Lasergeräten bei kosmetischen Behandlungen oder die Nutzung von Solarien. Im Rahmen seines Informationsauftrags in diesem Bereich hat das BAG 2024 gemeinsam mit der Krebsliga Schweiz eine Fachtagung zum Thema UV-Strahlung durchgeführt.

MODERNISIERUNG DER RADIOAKTIVITÄTS-ÜBERWACHUNG

Das BAG koordininert das nationale Programm zur Radioaktivitätsüberwachung. In diesem Rahmen wird die Messstation auf dem Jungfraujoch neu konzipiert, die Bauarbeiten wurden 2024 trotz vieler Herausforderungen stark vorangetrieben. 2025 wird die Messstation an das vom BAG betriebene Netz für die kontinuierliche Überwachung angeschlossen.

AUSBLICK

Die Abteilung Strahlenschutz blickt auf ein arbeitsreiches Jahr 2024 zurück. Das Strahlenschutzgesetz befindet sich derzeit in Revision, und die entsprechende Botschaft wurde Ende 2024 ans Parlament überwiesen. Die anstehenden politischen Entscheide werden zweifellos eine klarere Anwendung des Verursacherprinzips ermöglichen.

Der vollständige Bericht «Strahlenschutz und Überwachung der Radioaktivität in der Schweiz – Ergebnisse 2024» (BAG, Abteilung Strahlenschutz, Juni 2025) ist online verfügbar: www.bag.admin.ch/de/jahresberichte-strahlenschutz-und-dosimetrie

Kontakt
Bundesamt für Gesundheit
Direktionsbereich Gesundheitsschutz
Abteilung Strahlenschutz
Telefon: 058 462 96 14
E-Mail: str@bag.admin.ch

«Mehr Informationen haben, heisst besser helfen können.»

Das EPD wirkt.

EPD
elektronisches
Patientendossier

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eine Partnerkampagne des Bundesamtes für Gesundheit BAG und der Kantone.

Jeremy de Mooij,
Verantwortlicher Apotheker FPH,
pharmacieplus dr. c. repond Bulle,
Vizepräsident CLPh,
Präsident FApG

Schliessen Sie sich jetzt dem elektronischen Patientendossier an:
patientendossier.ch

Rezeptsperrung

Swissmedic, Abteilung Betäubungsmittel

Rezeptsperrung
Folgende Rezepte sind gesperrt

Kanton	Block-Nr.	Rezept-Nr.
Genf		11427390
		11619301–11619325
Solothurn		0046151–0046175
		1841426–1841450
		1841626–1841650
		3524226–3524250
		3597176–3597200
		3756376–3756400
		3787876–3787900
		4554376–4554400
		4884401–4884425
		5495676–5495700
		5596676–5596700
		5797251–5797275
		5885451–5885475
		5923851–5923875
		5924151–5924175
		7228551–7228575
		7229351–7229375
		7229676–7229700
		7628051–7628075
		7995076–7995100
		8066676–8066700
		9084276–9084300
		9084301–9084325
		9186326–9186350
		11763576–11763600
Zürich		10337282

BAG-Bulletin
BBL, Vertrieb Publikationen
CH-3003 Bern

P.P.
CH-3003 Bern
Post CH AG

BAG-Bulletin

Woche
27/2025